

# **Relatório de Estágio**

**Ano Letivo 2021/2022**

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

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

**Gandra, 28 de setembro de 2022**

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

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

**Relatório de Estágio**

**Ano Letivo 2021/2022**

**Trabalho realizado sob a Orientação de Maria Emília Areias, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.**

## Declaração de Integridade

Eu, **Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais.

Aos meus avós.

Aos meus tios.

À minha orientadora de estágio.

À minha supervisora de estágio.

Aos meus colegas de curso.

À Bárbara.

## **Siglas**

**CH-** Centro Hospitalar

**UAG-** Unidade Autónoma de Gestão

**SPCS-** Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde

**NIF-** Núcleo de Investigação e Formação

**EAM-** Enfarte Agudo do Miocárdio

**AVC-** Acidente Vascular Cerebral

**TCE-** Traumatismo Crânio Encefálico

**RNCCI-** Rede Nacional de Cuidados Contínuos Integrados

**OPP-** Ordem dos Psicólogos Portuguesa

**ACE-** *Addenbrooke Cognitive Examination*

**MMSE-** *Mini-Mental State Examination*

**MOCA-** *Montreal Cognitive Assessment*

**WAIS-** *Wechsler Adult Intelligence Scale*

**MMPI-** *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

**TELPI-** Teste de Leitura de Palavras Irregulares

**HADS-** *Hospital Anxiety and Depression Scale*

**TIPI-** *Ten Item Personality Measure*

**ESSP-** Escala de Suporte Social Percebido

**PSQI-** Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

**DRS-2-** *Dementia Rating Scale*

**BPNT-** *Branched Programmed Neurocognitive Training*

**IMC-** Índice de Massa Corporal

**SPSS-** *Statistical Package for the Social Sciences*

**NAB-** *Neuropsychological Assessment Battery*

**SSTA-** *Stop, Slow Down, Think, Act*



## Índice

Introdução .....	5
Capítulo I.....	6
1. Objetivos, Valores e Princípios do CH.....	7
2. Estrutura do CH.....	7
3. Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde .....	8
3.1. Unidade de Neuropsicologia .....	8
4. Serviço de Medicina Física e Reabilitação .....	9
5. UAG de Psiquiatria e Saúde Mental.....	11
6. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar .....	12
Capítulo II.....	16
1. Atividades Desenvolvidas no Período de Estágio .....	16
1.1. Observação de Consultas .....	16
1.2. Entrevista Clínica .....	17
1.3. Avaliação Neuropsicológica.....	19
1.4. Reabilitação Cognitiva.....	22
1.5. Sessões de Grupo.....	24
1.6. Intervenção no Internamento de Cardiologia.....	25
1.7. Colaboração em Projeto de Investigação .....	27
1.8. Reuniões de Supervisão de Estágio.....	27
2. Atividades Desenvolvidas Fora do Local de Estágio.....	28
Capítulo III.....	29
1. Casos Clínicos.....	29
1.1. Caso A .....	29
1.1.1. Dados de Identificação .....	29
1.1.2. Motivo de Encaminhamento.....	29
1.1.3. História da doença .....	29
1.1.4. Plano de Reabilitação Cognitiva .....	31
1.1.5. Prognóstico.....	33
1.1.6. Proposta de intervenção futura .....	33
1.1.7. Reflexão acerca do Caso A .....	34
1.2. Caso B .....	36
1.2.1. Dados de Identificação .....	36
1.2.2. Motivo de Encaminhamento.....	36
1.2.3. Histórico Médico Relevante .....	36
1.2.4. Genograma .....	37



<b>1.2.5. História de vida .....</b>	<b>38</b>
<b>1.2.6. História do Problema.....</b>	<b>40</b>
<b>1.2.7. Processo de Intervenção.....</b>	<b>43</b>
<b>1.2.8. Prognóstico.....</b>	<b>49</b>
<b>1.2.9. Proposta de intervenção futura .....</b>	<b>49</b>
<b>1.2.10. Reflexão acerca do Caso B .....</b>	<b>50</b>
<b>Reflexão Geral.....</b>	<b>52</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>55</b>

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1 .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela 2 .....</b>	<b>30</b>

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 2 .....</b>	<b>37</b>

## **Introdução**

O presente relatório visa descrever a atividade exercida no Centro Hospitalar (CH), no contexto do estágio curricular do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do ano letivo 2021/2022. O estágio iniciou-se a 21 de outubro de 2021, e finalizou a 29 de junho de 2022.

O primeiro capítulo será composto por uma descrição da instituição onde decorreu o estágio, e os princípios de atuação do psicólogo na sua prática clínica.

No segundo capítulo serão abordadas as atividades realizadas no local de estágio, e atividades realizadas externamente e durante o período do mesmo, de forma a continuamente aprofundar o conhecimento na área. Segue-se depois uma breve introdução a conceitos teóricos que sustentaram e direcionaram a prática clínica durante o período de estágio.

No terceiro capítulo serão abordados dois casos clínicos que visam demonstrar mais detalhadamente o trabalho realizado durante o período de estágio. Os dois casos clínicos refletem duas vertentes distintas, que o psicólogo pode tomar na sua prática. Ambos os casos fazem-se acompanhar de uma reflexão final relativa à abordagem e aspetos que constituíram importantes marcos de aprendizagem.

Por último, é feita uma reflexão final acerca do estágio na sua globalidade e do significado/importância que teve para o desenvolvimento pessoal e profissional.

## **Capítulo I**

### **1. Caracterização do Local de Estágio**

O estágio foi realizado num Centro Hospitalar (CH): composto por um Pólo 1, e um Pólo 2, (Centro Hospitalar [CH], n.d.).

O CH dá assistência direta às populações de várias freguesias, atuando como centro de referência para uma vasta região do País, respondendo às necessidades de 3 milhões de pessoas. No contexto das Redes de Referência Hospitalar, o CH atua ainda como referência para áreas geográficas mais alargadas (CH, n.d.).

O Pólo 1 é composto por 11 andares e vários serviços internos (Serviços Administrativos e de Gestão, Urgência, Internamento, Laboratório e Imagiologia) e externos (Serviço de Instalações e Equipamento, Centro Ambulatório com as consultas externas das especialidades, Hospital de Dia e Unidades de Cirurgia do Ambulatório). Destaca-se ainda a prática académica e de investigação (CH, n.d.).

Quanto ao Pólo 2, o hospital foi inaugurado a 29 de abril de 1905. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, o hospital passa da Santa Casa da Misericórdia para o Estado adquirindo uma nova designação. Mais tarde o hospital muda o seu nome, como proposto pelo conselho administrativo (CH, n.d.).

Devido ao seu estado de degradação, o hospital foi renovado, tendo sido aumentada a sua capacidade física e de prestação de cuidados de saúde. Com a sua integração no CH, passou a prestar cuidados a um conjunto abrangente de populações. No hospital são prestados serviços de Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Psiquiatria, Unidade de Cuidados Prolongados e Unidade de Cirurgia de Ambulatório (CH, n.d.).

## **1. Objetivos, Valores e Princípios do CH**

O CH tem como objetivo a prestação dos melhores cuidados de saúde, com elevado nível de competência, excelência e rigor, apoiando a formação pré e pós-graduada e a investigação, mantendo o respeito pelo princípio da humanização e apoiando o orgulho e sentimento de pertença em todos os profissionais. O CH visa ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, aspirando a criação de valor para os seus públicos tornando-se uma marca de referência na saúde. Os profissionais do CH regem-se por um conjunto de valores que são competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade e ambição. Adicionalmente regem-se pelos seguintes princípios: reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita, centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade, postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis (CH, n.d.).

## **2. Estrutura do CH**

A gestão do CH estrutura-se em níveis intermédios, sendo que, as estruturas intermédias de gestão agregam serviços, que podem ser organizados em unidades funcionais, e unidades orgânicas que articuladamente atuam para atingir os objetivos estabelecidos. As unidades orgânicas são estruturas mais simples que os serviços, com funções específicas e com recursos humanos/técnicos próprios.

As organizações são as Áreas de Produção Clínica que inclui a Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Cirurgia, de Medicina, de Urgência e Medicina Intensiva, da Psiquiatria e Saúde Mental, dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, da Mulher e Criança. Englobando ainda os Centros de Responsabilidade Integrados e Centros de Referência. A organização das áreas de apoio à produção clínica inclui o Centro de

Epidemiologia Hospitalar, Centro de Ambulatório e Centro de Investigação e Ensaio Clínicos.

E a organização das áreas de suporte que inclui, Centro de Gestão de Informação e Serviço de Humanização (CH, n.d.).

### **3. Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde**

O Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde (SPCS), criado a novembro de 2019, constituiu um marco na história da Psicologia no hospital e no País, sendo o primeiro a nível nacional a ser constituído de forma autónoma e desvinculada da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental. A criação do serviço resultou de um grupo de trabalho que visava a formação de um projeto de Serviço de Psicologia. A partir deste formou-se o SPCS com a missão de providenciar cuidados na área da Psicologia, competentes e de qualidade para aqueles que dela necessitam, simultaneamente dando uma resposta articulada com as necessidades da comunidade interna e dos diferentes serviços do CH. O SPCS conta igualmente com uma unidade que procura o desenvolvimento científico, designada de Núcleo de Investigação e Formação (NIF) (CH, n.d.).

De forma global o SPCS está incluído no Serviço de Apoio à Produção Clínica, trabalhando em articulação próxima com várias UAG, serviços e centros de referência. Este serviço conta com 30 psicólogos distribuídos por diversas áreas médicas e cirúrgicas. O serviço está dividido em três Unidades que são, a Unidade do Adulto e Idoso, a Unidade da Infância e Adolescência e a Unidade de Neuropsicologia (CH, n.d.).

#### **3.1. Unidade de Neuropsicologia**

Focando na unidade de Neuropsicologia, esta mantém comunicação com os serviços de Neurologia e Neurocirurgia, lidando com pedidos de consultadoria das distintas subespecialidades de consulta e pedidos de colaboração durante o internamento. Dada a diversidade de patologias e características das pessoas, os diferentes elementos da unidade



debruçam-se sobre diferentes tipos de pedidos. Doença Desmielinizante, Doença Cerebrovascular, Tumores Cerebrais, Demência, Epilepsia e Doença do Movimento, são algumas das patologias com que a unidade lida. Nesta área são de salientar os pressupostos da avaliação neuropsicológica realizada: descrever o quadro cognitivo, complementar o diagnóstico e a análise do perfil cognitivo da pessoa ao longo do tempo, avaliação da existência de critérios para intervenção cirúrgica (p.e. *Deep Brain Stimulation*), para integração de Programas de Reabilitação Cognitiva, e no âmbito de processos do Maior Acompanhado (CH, n.d.).

Em setembro de 2021 é assinado o Protocolo de Colaboração entre o Serviço de Psicologia e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR), com a disponibilização da Consulta de Reabilitação Cognitiva que ocorre em contexto de Hospital de Dia, Ambulatório e Internamento. No internamento a resposta aos novos pedidos é feita com uma avaliação de rastreio definida pela equipa de Psicologia, cujos resultados e orientações são posteriormente descritos no processo clínico da pessoa. Nesta avaliação consta ainda a recolha de interesses e preferências ocupacionais, com objetivo de desenhar sessões que sejam apelativas à pessoa. Nos casos onde esta avaliação é dificultada ou comprometida por razões como por exemplo, baixos níveis volitivos e/ou alterações de comunicação, faz-se a ponte com pessoas de referência, por exemplo familiares, para fazer a recolha de informação. Após a avaliação é iniciado o plano de sessões de reabilitação cognitiva até à alta. Podendo estas variar entre estimulação menos estruturada e/ou sensorial nos casos com défices cognitivos muito significativos, e sessões de reabilitação neuropsicológica mais estruturadas quando reunidas as condições necessárias.

#### **4. Serviço de Medicina Física e Reabilitação**

O estágio também passou pelo SMFR e, portanto, nesta secção será feita uma descrição do serviço. A sua abertura deu-se com o início da consulta de Fisioterapia, em 1961.

Ganhando a sua designação de SMFR na década de 70. No Pólo 2, o serviço abriu em outubro de 2011 (CH, n.d.).

O SMFR no Pólo 1, atualmente encontra-se localizado no piso -1, integrando as UAGdos Meios Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica. O SMFR tem como missão dar assistência a pessoa através de programas de reabilitação, para as que cumprem com o estatuto de internado ou ambulatório. O serviço visa ainda a produção qualificada de atividades assistências, de ensino, formação, atualização e investigação. Dispõe de várias atividades assistenciais na forma de consultas internas e externas, consultas de grupo e programas de tratamento e reabilitação. O SMFR dispõe de tratamentos que passam pelas áreas da Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Treino de Atividades de Vida Diária, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Cardíaca, Recondicionamento de Esforço e Reabilitação Cognitiva (CH, n.d.).

No Pólo 2, o SMFR funciona como serviço de internamento, com capacidade máxima de 14 camas onde o internamento, em média, dura 30 dias, tendo em anos recentes oscilado entre os 25 e 28 dias. O serviço dispõe de várias técnicas terapêuticas das quais se incluem Cinesioterapia, Eletroterapia, Mecanoterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Treinos de Autocuidado, Reabilitação Vesico-esfincteriana e Reabilitação Cognitiva. Estas terapias visam ajudar os diversos casos que podem ser encontrados no serviço, dos quais, acidente vascular cerebral (AVC), sequelas de intervenções neurocirúrgicas, traumatismos crânio encefálicos (TCE) e patologia da coluna, são os mais frequentes.

Como parte desta resposta surge a Reabilitação Cognitiva, que resulta da colaboração entre o SMFR e o SPCS, em contexto ambulatório e de internamento, que visa a intervenção em pessoas com alterações cognitivas (CH, n.d.).

No que toca à sinalização de casos para a Neuropsicologia, há inicialmente a deliberação pela equipa médica se a pessoa poderá beneficiar deste apoio. Caso considere benéfico, é feito um pedido interno de colaboração que é posteriormente respondido. Este pedido

também pode ser feito com o objetivo de dar continuidade à pessoa que já era acompanhada pela Neuropsicologia no serviço de onde vem transferida, por exemplo Neurocirurgia.

Para que as pessoas internadas possam ter alta para o domicílio devem ter, entre outros critérios, um cuidador capaz de lidar com o grau de dependência. Como se trata de um serviço de reabilitação em fase aguda, grande parte das pessoas até pela sua idade e potencial de recuperação, beneficiam em continuar a sua reabilitação em unidades similares durante um período mais extenso, sendo transferidos para o Centro de Reabilitação do Norte, ou Hospital da Prelada, onde poderão permanecer por mais 60 dias. Os que não tenham necessidade de reabilitação intensiva, mas necessitem de cuidados continuados e/ou por razões sociofamiliares tenham necessidade de cuidados, são propostos para a Rede Nacional de Cuidados Contínuos Integrados (RNCCI), de acordo com os critérios definidos pela RNCCI.

A interação entre estes dois Polos é feita da seguinte forma: há um fisiatra ligado a cada um dos serviços potenciais referenciadores (Medicina Interna, Neurologia, Neurocirurgia, Orto-traumatologia) e os mesmos analisam as propostas efetuadas, avaliam as pessoas propostas e decidem, ou não, pela sua inscrição na lista de espera para aguardarem transferência para o serviço de SMFR.

## **5. UAG de Psiquiatria e Saúde Mental**

O estágio passou igualmente pela UAG de Psiquiatria e Saúde Mental. A sua abertura foi como consulta externa em 1963. A criação do Hospital de Dia em 1970, disponibilizou tratamentos em regime de hospitalização parcial, ficando o período da manhã até meio da tarde com tratamentos médicos e atividades de grupo. Este regime de hospitalização parcial destacou-se por ser um dos primeiros em Portugal. O Internamento abre em 1978, adquirindo o estatuto de UAG em 2005, juntando-se em 2011 com o CH, dando-lhe assim a sua designação atual. O Serviço de Psiquiatria oferece várias unidades de forma assistir as



necessidades da população, integrando as unidades de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, Psiquiatria do Jovem e da Família, de Psiquiatria Comunitária, de Psiquiatria de Ligação e de Psiquiatria Forense (CH, n.d.).

## **6. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar**

O psicólogo em contexto hospitalar é um elemento de uma equipa multidisciplinar que em conjugação com os outros profissionais de saúde visa atender as necessidades da população, podendo focar-se numa intervenção individual ou em grupo. Este trabalho multidisciplinar tem por base o atendimento da mesma pessoa de forma independente, contudo em contexto hospitalar pode surgir a necessidade de coordenar e planear em conjunto com outras áreas da saúde ações definidas, nestes casos o trabalho poderá ser nomeado de transdisciplinar (Tonetto & Gomes, 2007). O trabalho em equipa constitui uma forma de apoio mútuo entre profissionais que visa dar resposta aos diferentes aspetos que constituem a problemática da pessoa. Contudo traz também novos desafios à forma como operam as diferentes especialidades, como a capacidade de trabalhar em grupo e a capacidade de justificar o recurso a certas especialidades (Tonetto & Gomes, 2007).

A prática clínica do psicólogo tem por base o modelo biopsicossocial. Este modelo proposto por Engel (1977) visa substituir o modelo previamente estabelecido, o modelo biomédico, considerado reducionista. O modelo biopsicossocial defende a necessidade de abordar a doença e a pessoa como um todo, especialmente como a primeira afeta as crenças, os valores e as metas da pessoa (Bolton & Gillett, 2019). Considera importante incluir os aspetos sociais como, onde vive e como é que a sociedade lida com os efeitos da doença, permitindo assim ao profissional compreender a vivência da doença. Também destaca a importância do aspeto psicológico, pela sua importância na mediação da relação entre os sintomas e a doença, ou por até poder ser a causa de uma disrupção física, como é no caso do luto (Engel, 1977).

Este modelo é uma visão holística que expõe a necessidade de compreender a pessoa e a doença como um todo, atendendo a fatores biológicos, sociais e psicológicos, que contribuem e relacionam-se entre si na forma como a doença é experienciada ou até mesmo na sua génese. A compreensão abrangente destes aspetos permite ainda ao clínico fazer as diferenciações necessárias ao diagnóstico (Engel, 1977).

As considerações feitas pelo modelo acerca de saúde e doença também permitem uma deliberação mais precisa da barreira entre os dois conceitos. A este ponto, Huber et al. (2011) destacam a importância da definição de saúde à luz da doença crónica. De acordo com os autores a definição atual de doença é redutora, por descartar a capacidade da pessoa de lidar com os desafios físicos, emocionais e sociais, e de viver com bem-estar na presença de uma condição crónica. É então proposta uma nova definição de saúde considerando o modelo biopsicossocial, onde é vista como a capacidade de adaptar-se e de se autorregular. Esta definição considera a variável biológica, abrangendo princípios como a alostase (capacidade de manter a homeostasia fisiológica, alterando as circunstâncias). A variável psicológica que abrange estratégias de *coping* e o significado da sua condição, e a variável social que inclui a capacidade de cumprir com as suas obrigações, de participar em atividades sociais (p.e. trabalho) e de viver com um certo grau de independência (Huber et al., 2011). Esta definição de saúde salienta assim a centralidade da pessoa no processo de intervenção, onde as variáveis biológicas, psicológicas e sociais, não podem ser avaliadas isoladamente (Bolton & Gillett, 2019).

Em suma, o modelo biopsicossocial visa responder às novas abordagens de saúde, de doença e de prestação de cuidados, que pode ser definido como uma visão da natureza do ser humano. Em que a consideração das interações entre o biológico, o psicológico e o social são essenciais à intervenção realizada (Bolton & Gillett, 2019).

Tendo por base o modelo biopsicossocial, a Psicologia da Saúde é uma área de intervenção que destaca o adoecer, o estar doente, a prevenção da doença e promoção da



saúde. Nesta perspetiva mais relevante do que a compreensão da doença em si, são as percepções que a pessoa tem acerca da sua condição, e a forma como lida com a mesma. A Psicologia da Saúde na prática clínica contribui para: Prevenção, avaliação e tratamento da componente psicológica em doentes físicos; Coordenação com outros profissionais acerca de aspetos psicológicos/psicossociais de um doente físico; Intervenção psicológica na vivência da doença; Apoio a familiares; Facilitador da comunicação Médico/Paciente; Implementação de programas e mudanças comportamentais, com vista a promover a saúde e prevenir a doença (Teixeira & Leal, 1990).

Subjacente à atuação na área, estão os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e o seu *modus operandi*. Estes princípios incluem: Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; Obrigação de exercer a profissão de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão; Sentido de responsabilidade e consciência; Manter a integridade, prevenindo e evitando conflitos de interesse; Atuação de acordo com a beneficência (ajudar na promoção e proteção dos interesses do utente) e não-maleficência (não intervir de modo a causar dano) (Regulamento nº 637/2021, 2021).

O crescimento da Psicologia enquanto ciência e área de intervenção na saúde, fomentou uma melhor compreensão da relação corpo e mente, um maior interesse pelo psicossomático, pelo neuropsicológico, pelas diferentes estratégias empregues para lidar com as situações, e o contínuo desenvolvimento de áreas da Psicologia como a cognitivo-comportamental, a psicanalítica e a sistémica, salientaram o papel da Psicologia como parte relevante no atendimento da população. Dada a abrangência da Psicologia surgiram vários ramos de interesse como: Estudo da adaptação psicológica e de alterações comportamentais associadas; Influência da componente psicológica na doença corporal e na adesão ao tratamento (Teixeira & Leal, 1990).

Em anos recentes o papel do psicólogo tem vindo a expandir-se e têm surgido novas áreas de estudo como é o caso da Neuropsicologia. Esta área visa aprofundar o conhecimento

entre o funcionamento cognitivo e outros aspetos da vida mental, os seus correlatos neurobiológicos e o comportamento dos indivíduos e as suas idiosincrasias, recorrendo a métodos e técnicas específicos da Neuropsicologia ou da Psicologia em geral (Ordem dos Psicólogos Portuguesa [OPP], 2018).

A Neuropsicologia faz uso de métodos como a entrevista clínica e avaliação sistemática recorrendo a testes psicológicos e neuropsicológicos estandardizados e validados, que juntamente com outros métodos permitem inferir acerca do perfil cognitivo e afetivo e a sua relação com o sistema nervoso, para depois ser possível a emissão de um diagnóstico, prognóstico e/ou elaboração de um plano de intervenção neuropsicológica (OPP, 2018).

## Capítulo II

### 1. Atividades Desenvolvidas no Período de Estágio

No estágio foram realizadas várias atividades com vista a atender as necessidades da população e cumprir os objetivos dos serviços.

Assim as atividades realizadas em contexto de estágio foram: Observação de consultas; Entrevista clínica; Avaliação neuropsicológica; Reabilitação cognitiva; Sessões de grupo de psicoeducação; Intervenção no internamento de cardiologia; Colaboração em projeto de investigação; Reuniões de supervisão de estágio.

Em anexo (anexo I), encontra-se o cronograma com as atividades realizadas.

#### 1.1. Observação de Consultas

Uma das primeiras formas de interação com o local de estágio e com a população foi através da observação de consulta, prática que se manteve ao longo do estágio. Este processo designado de *Job Shadowing*, é caracterizado pela OPP (2016) como sendo uma oportunidade de observar um profissional da área e o papel que este desempenha. Este processo, inserido na formação universitária, é considerado uma ferramenta valiosa de aprendizagem por permitir um aprofundamento do conhecimento sobre o contexto laboral. Essencial a este processo é a supervisão por parte de um psicólogo responsável na entidade de acolhimento, e a definição prévia de um conjunto de requisitos como, a definição das atividades a integrar no estágio e requisitos prévios de formação (OPP, 2016).

Através deste método foi possível observar como um clínico treinado aborda e avalia as diferentes situações, as questões que faz, como reage às temáticas abordadas em consultas, que pressupostos teóricos usa, como os adequa a uma dada situação e como altera a sua abordagem mediante o progresso, ou não, da pessoa. Foi possível observar a abordagem do psicólogo em questões de ansiedade, depressão, stress agudo, adaptação pós enfarte agudo

do miocárdio (EAM) ou pós amputação, transtorno conversivo, avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva.

Este processo torna-se uma mais-valia no processo de *insight* para aquilo que deverá ser a boa prática de um profissional da área da Psicologia e na criação de conexões entre os pressupostos teóricos, que devem reger a atividade do profissional, e a forma como devem ser empregues e contextualizados na prática clínica.

## **1.2. Entrevista Clínica**

Uma das atividades mais recorrentes e transversais, desenvolvida ao longo do estágio foi a entrevista clínica. Considerada um dos elementos fundamentais da prática em Psicologia, essencial aos processos de avaliação e intervenção (Geisinger et al., 2013).

Em 1951 Harry Stack Sullivan, definiu a entrevista clínica como uma situação principalmente de comunicação verbal onde são elucidadas características da pessoa, quais os aspetos que valoriza, os que considera perturbantes, e em quais é que espera retirar benefícios. Aspetos como a entoação, o ritmo da fala e a dificuldade de enunciar fazem parte da componente verbal e são indicadores de significado.

A entrevista clínica pode variar consoante a sua estrutura em: Entrevista estruturada, onde as palavras e ordem de cada questão está especificamente definida, sendo a entrevista semiestruturada uma variação mais flexível da mesma; Entrevista não estruturada, que é mais aberta, livre e fluente, podendo haver um grau mínimo de direção pelo clínico; Entrevista terapêutica, em que a entrevista em si é considerada um modo de intervenção (Geisinger et al., 2013).

A entrevista é uma abordagem complexa onde devem ser considerados vários aspetos, Carl Rogers (1965), defende uma prática clínica centrada no cliente, que valoriza a significância e valor individual de cada pessoa sendo que, através deste processo o cliente pode alcançar o *insight* e adotar uma auto-direção construtiva. Um dos princípios desta



teoria é a aceitação do outro e de todas as suas facetas, mesmo que estas sejam contraditórias aquilo que é a personalidade do clínico. O olhar de forma empática para a pessoa é outro aspeto fundamental, implicando a observação das questões levantadas na perspetiva do próprio, e a compreensão empática da complexidade dos significados pessoais. A relação humana que se forma, é um fator subjacente a todo o processo terapêutico, que juntamente com os restantes pressupostos demonstra a relevância da entrevista clínica como uma ferramenta terapêutica. Esta relação decorre de um processo onde o psicólogo constrói a hipótese de que o cliente tem a capacidade necessária para lidar de forma construtiva com os vários aspetos da sua vida. Salientado pelo autor como sendo essenciais à forma como a pessoa deve ser abordada são, a isenção de juízos de valor, positivos ou negativos, e a avaliação da pessoa enquanto ser modificável num processo de mudança, e não como sendo imutável (Rogers, 1995).

Em estágio todos os aspetos mencionados são considerados para o desenrolar da entrevista clínica. Nestas sessões com duração aproximadamente de uma hora é adotado o modelo de entrevista não estruturada, no decorrer da qual e como descrito por Freud (1921) a pessoa fala, aborda as suas experiências passadas, demonstra as suas perspetivas, queixa-se e confessa os seus desejos e emoções. E o psicólogo ouve de forma ativa e empática a pessoa procurando obter informação contextualizada acerca da sua história de vida. Para além da informação obtida verbalmente, também é recolhida a informação não-verbal.

No decorrer do estágio, a primeira sessão tinha o objetivo de obter informação identificatória e a história de vida da pessoa, iniciando-se a criação da relação terapêutica, sendo por vezes necessário informar o porquê da consulta de Psicologia e qual o papel do psicólogo na equipa de intervenção. Sessões subsequentes têm o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da pessoa, abordar temáticas que possam ser relevantes para atender o pedido feito e/ou implementação de estratégias que visam o melhoramento/resolução de situações causadoras de sofrimento psicológico.

Outro importante elemento da entrevista clínica é o *setting*. No local de estágio era feito num gabinete composto por duas cadeiras (do psicólogo e da pessoa), opostas uma a outra separadas por uma secretária. O espaço é desprovido de elementos de cariz pessoal e é feito sempre com a porta fechada, para assegurar a privacidade e confidencialidade dos assuntos a serem abordados em consulta. No decorrer da entrevista, enquanto profissional, é adotada uma postura de abertura mantendo o contacto visual com a pessoa.

### **1.3. Avaliação Neuropsicológica**

A avaliação neuropsicológica pressupõe a procura de informação contextualizada acerca da pessoa e das questões com que se depara, e que levaram ao pedido de avaliação. Para este propósito são usados vários instrumentos neuropsicológicos, para depois organizar toda a informação de forma coerente. Paralelamente à avaliação formal, também são considerados os aspetos informais como a forma em que as questões são abordadas. Esta avaliação assenta na base de procedimentos psicométricos estandardizados, compostos por itens analisados e com boa confiabilidade e validade. Todo o processo visa descrever a pessoa, os seus problemas e o seu contexto, obter uma explicação do problema, emitir uma proposta diagnóstica, um prognóstico e uma proposta de intervenção. No que toca ao diagnóstico proposto, este pode ser classificado em somático (descreve os sintomas vivenciados pelo paciente, sendo descritivo), etiológico (refere-se à causa da perturbação), topográfico (refere-se à localização do processo patológico) e sindromático (refere-se à síndrome que envolve os sintomas e sinais da pessoa) (Ardila, 2012).

Com estes pressupostos foram realizadas várias avaliações no decorrer do estágio. Os instrumentos usados podem ser consultados na tabela 1.

**Tabela 1**

*Instrumentos de avaliação usados*

<b>Instrumentos</b>	<b>Descrição</b>
ACE-R e ACE-III ( <i>Addenbrooke Cognitive Examination- Revised e Addenbrooke Cognitive Examination-III</i> )	Instrumento de avaliação cognitiva de rastreio, que avalia cinco domínios cognitivos: Orientação e Atenção; Memória; Fluência Verbal; Linguagem; Visuo-Espacial (Firmino et al., 2018; Machado et al., 2015)
MMSE ( <i>Mini-Mental State Examination</i> )	Instrumento que avalia a severidade do défice cognitivo. Inclui testes de orientação, retenção, atenção e cálculo, repetição, compreensão, escrita, leitura e desenho (Freitas et al., 2015)
MOCA ( <i>Montreal Cognitive Assessment</i> )	Instrumento de avaliação cognitiva que avalia domínios como: Memória de Curto-Prazo (Evocação imediata e diferida); Visuo-Espacial Funções Executivas (Alternação; Fluência Fonémica; Abstração Verbal) (Freitas et al., 2010).
WAIS ( <i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i> )	Bateria que avalia o Quociente de Inteligência da Escala Completa (QIEC), o Quociente de Inteligência Verbal (QIV) e o Quociente de inteligência de Realização. Apresenta outro nível de análise através de

	resultados de vários índices (Wechsler, 2008)
MMPI ( <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> )	Medida de avaliação da personalidade composta por 10 subescalas que são: Hipocondria; Depressão; Histeria; Psicopatia; Masculinidade/Feminidade; Paranoia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomania; Introversão Social (Friedman et al., 2000)
TELPI (Teste de Leitura de Palavras Irregulares)	Teste que visa obter uma estimativa do QI pré-mórbido através da leitura de 46 palavras irregulares (Alves, 2010)
HADS ( <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> )	Escala de autoavaliação que permite detetar estados clinicamente significativos de depressão e ansiedade (Pereira et al., 2008)
TIPI ( <i>Ten Item Personality Measure</i> )	Escala breve que avalia traços de personalidade de acordo com o modelo dos <i>Big Five</i> (Nunes, 2018)
ESSP (Escala de Suporte Social Percebido)	Escala que avalia o suporte social percebido da pessoa. Nesta são considerados cinco aspetos que são a satisfação com amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais (Ribeiro, 1999)

---

PSQI-PT (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh)	Escala que avalia a qualidade do sono num período de um mês (Del Rio João et al., 2017)
DRS-2 ( <i>Dementia Rating Scale-2</i> )	Avalia de forma global a capacidade cognitiva da pessoa, sendo composto por cinco subescalas (atenção; iniciação/perseveração; construção; conceptualização; memória.) (Cavaco et al., 2011)

---

#### **1.4. Reabilitação Cognitiva**

A reabilitação cognitiva foi uma atividade exercida no SMFR no Pólo 2. As sessões de reabilitação eram individuais feitas à medida do utente, de papel e lápis ou digital, com uma duração de 45 minutos a uma hora, que abrangiam a estimulação de um conjunto de funções cognitivas.

A elaboração de um plano de reabilitação cognitiva assenta, em primeiro lugar, no modelo neurocognitivo de Luria, que define três unidades de funcionamento do cérebro essenciais a qualquer tipo de atividade mental. Estas três unidades têm uma organização hierárquica, havendo uma relação de interdependência entre funções cognitivas. A primeira unidade está ligada à ativação cortical e ao nível de vigilância necessário para qualquer atividade organizada e orientada para objetivos (Luria, 1976). Esta unidade está associada à atenção, à concentração, à perceção auditiva e ao tato (Semrud-Clikeman & Ellison, 2009). A segunda unidade é responsável pela receção, análise e armazenamento da informação, englobando as áreas occipitais, temporais e parietais (Luria, 1976). Apresenta ainda uma divisão hierárquica em áreas primárias (compostas por células multimodais que respondem a vários tipos de estímulos e os analisam), áreas secundárias (fazem a codificação da informação e o

seu armazenamento) e áreas terciárias (responsáveis pela integração da informação proveniente de diferentes áreas sensoriais). Em termos funcionais dá-se a análise inicial de estímulos, a sua síntese e análise subsequente (Luria, 1976). Esta unidade está associada a funções visuoespaciais, percepção tátil e auditiva, discriminação visual, escrita, leitura, capacidade de cálculo, processamento simultâneo e sequencial, e memória visual e verbal (Semrud-Clikeman & Ellison, 2009; Flanagan & McDonough, 2018). Por último, a terceira unidade é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade mental, e dada a complexidade dos processos que efetua, requer todos os outros níveis de funcionamento previamente mencionados (Luria, 1976; Flanagan & McDonough, 2018). Tal como a segunda unidade, tem uma organização hierárquica em primária (responsável por impulsos motores), secundária (preparação e sequenciação de atividade motora) e terciária (relacionada com o funcionamento executivo). Esta unidade está relacionada com o controlo inibitório, a produção de discurso, tomada de decisão e flexibilidade cognitiva (Semrud-Clikeman & Ellison, 2009; Flanagan & McDonough, 2018). Ou seja, à luz deste modelo, para a elaboração de um plano de reabilitação deve-se ter em consideração que, o desempenho em tarefas que requerem funções de ordem maior, está assente na integridade das funções hierarquicamente mais baixas. E que na realização de uma dada tarefa estão empregues um conjunto de funções diversas.

Assente no modelo neurocognitivo de Luria, antes de cada sessão eram delineadas as funções cognitivas a serem estimuladas e as atividades a realizar. Para este ponto, há um conjunto de modelos descritos na teoria, pelo qual se deve reger o plano de reabilitação cognitivo. Um dos planos de reabilitação descritos na literatura e pelo qual a atividade do estagiário tentou-se reger, foi o *Branched Programmed Neurocognitive Training* (BPNT), que organiza a sua atividade em quatro fases (Pinto et al., 2022). A primeira fase consiste na análise dos resultados obtidos na avaliação neuropsicológica, e a partir desta a definição de níveis de dificuldades ajustados à pessoa. A segunda fase é definir a função cognitiva a



estimular atendendo à hierarquia do modelo de Luria. A terceira fase é relativa à gestão da progressão, ou seja, garantir que a pessoa avance progressivamente para a realização de exercícios mais complexos. Caso não esteja a obter sucesso no novo nível de dificuldade, pode ser remetida para um nível anterior, ou para um caminho remediativo, onde treina uma função hierarquicamente mais baixa, que está implícita na completação da tarefa. A quarta fase engloba a avaliação do desempenho e a progressão ao longo das etapas. Aqui está incorporada a passagem para um próximo nível, ou não, mediante a taxa de sucesso/consolidação das funções trabalhadas. Denota-se ainda a importância de transmitir *feedback* à pessoa acerca do seu desempenho (Pinto et al., 2022).

Ao longo do estágio foi proposto a realização de várias atividades, das quais podem ser consultadas três, representativas do trabalho feito. As atividades fazem-se acompanhar de uma ficha técnica que elucida os objetivos das mesmas (anexo II, anexo III e anexo IV). Foi ainda proposto a realização de atividades possíveis de serem completadas pela pessoa fora do ambiente hospitalar, das quais, podem ser consultadas três em anexo (anexo V). Um elemento comum a estas atividades era a presença de um cabeçalho que abordava a memória episódica e orientação espaço-temporal.

Para além do uso de materiais originais criados pelo estagiário, eram também usados materiais providenciados pela orientadora no Pólo 2.

### **1.5. Sessões de Grupo**

Outra atuação do psicólogo em contexto hospitalar é a intervenção em grupo. Este tipo de intervenção abrange um grande número de utentes em simultâneo, permitindo a partilha de informação e vivências entre participantes, sendo lhes dada a liberdade de participar, ao longo das várias sessões, através da partilha das suas vivências ou pelo esclarecimento de dúvidas acerca dos temas abordados.

Durante o período de estágio foi possível participar num grupo de psicoeducação com pessoas que tiveram um EAM, e outro grupo de pessoas com ansiedade traço/estado acentuada. Um grupo de psicoeducação tem como principal objetivo educar o público-alvo acerca de um tópico/conceito de Psicologia (Gladding, 1995).

A elaboração de um grupo de psicoeducação constituiu um importante marco de aprendizagem, demonstrando a importância que o grupo tem para o público-alvo, mas também as capacidades que o psicólogo que lidera o grupo tem de ter. Foi possível observar e experienciar ativamente a necessidade de ter uma extensa preparação com informação, capacidades de comunicação, e compreensão das temáticas e das necessidades do grupo-alvo. O psicólogo necessita ter estas capacidades para guiar os participantes pela aprendizagem, criar um espaço seguro para a partilha de experiências e, dar espaço e direção para os participantes conseguirem implementar os conteúdos aprendidos (Brown, 2004).

O objetivo das sessões era de fornecer informação acerca do tema alvo e de todos os mecanismos que afetam e que contribuem para o seu início e manutenção. Com este propósito foram realizadas várias apresentações e folhetos informativos, dos quais podem ser consultados alguns exemplos em anexo (anexo VI). Ambos os grupos tinham sessões semanais com duração de uma hora.

### **1.6. Intervenção no Internamento de Cardiologia**

Com o objetivo de promover uma intervenção multidisciplinar aos pacientes que estavam internados no Serviço de Cardiologia, iniciou-se a avaliação destes por parte do Serviço de Psicologia.

A avaliação no período agudo é crítica para responder às necessidades dos pacientes atempadamente e para providenciar os cuidados necessários à reabilitação. Esta intervenção nasceu da colaboração entre o Serviço de Psicologia e o fisiatra responsável do SMFR, com o objetivo de avaliar esta população com um protocolo robusto, e durante o período de

internamento, aspeto que até à data não era realizado. Na elaboração do protocolo de avaliação e em articulação com a orientadora no local de estágio, o estagiário procurou aprofundar o conhecimento na área de forma a apresentar um relatório de avaliação que servisse as necessidades desta população.

A avaliação inicia-se com uma entrevista não estruturada, que visa obter informação contextualizada acerca do utente. De seguida são administrados o ACE-III, PSQI-PT, ESSS, TIPI e a HADS. Adicionalmente é feita uma avaliação inicial para a consulta de cessação tabágica, recorrendo ao Teste de Fagerström e ao Teste de Richmond.

Em termos de evidência científica observa-se uma prevalência significativa de sintomas de ansiedade, depressão e stress (Krantz et al., 2002; Martínez et al., 2021). Relacionado ao fator stress, está o suporte social (nomeadamente o familiar e o social) e o baixo estatuto económico (Krantz et al., 2002).

A presença de défices cognitivos pode-se denotar em alguns pacientes cardíacos, e estudos indicam que hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, obesidade, sedentarismo e a taxa de ejeção ventricular esquerda, são fatores de risco (Martínez et al., 2021). Outros fatores de risco neurocognitivo são a idade, variável que é moderada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), o perímetro abdominal, e fatores prévios de risco cardiovascular (Peixoto et al., 2022).

Por último, a personalidade que exerce uma influência sobre os fatores de risco e adesão ao tratamento. Por exemplo, personalidade tipo D e raiva como traço, contribuem para o risco de placas na artéria coronária (Compare et al., 2014).

Todos estes aspetos foram considerados para a seleção dos instrumentos a usar na avaliação desta população. A seleção dos instrumentos foi feita por parte do estagiário em articulação com a orientadora no local de estágio.

Após o encerramento da elaboração do protocolo, foi possível aplicá-lo a todas as pessoas no internamento de cardiologia. Este processo continuou a decorrer, mesmo após o término do estágio.

### **1.7. Colaboração em Projeto de Investigação**

Durante o período de estágio foi possível participar numa investigação, que estava a decorrer resultado da colaboração entre o Serviço de Psicologia e o fisiatra responsável do SMFR, que visa estudar a qualidade do sono em pacientes que tiveram um evento cardíaco, e que estão inseridos no plano de reabilitação cardíaca do SMFR. Esta investigação teve como objetivo melhor caracterizar os utentes inseridos no plano de reabilitação cardíaca, numa perspetiva psicossocial. Este projeto de investigação constitui até à data um vínculo de ligação do estagiário às entidades responsáveis pelo projeto.

A colaboração abrangeu o processo de recolha de dados, recorrendo ao Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Del Rio João et al., 2017), à Escala de Sonolência de Epworth (Santos, 2001), ao Questionário de Berlim (usado para o rastreio do risco de apneia obstrutiva do sono) (Vaz et al., 2011), e à Escala de Gravidade da Insônia (Clemente et al., 2021). Posteriormente, o estagiário elaborou uma extensa base de dados em formato Excel, e procedeu à análise estatística dos mesmos, recorrendo a *software* de análise estatística, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

### **1.8. Reuniões de Supervisão de Estágio**

As reuniões de supervisão de estágio permitiam a discussão dos diversos casos encontrados durante a prática clínica, com a Professora Doutora Maria Emília Areias, sendo um contributo essencial ao processo de aprendizagem. O processo de discussão abrangia os vários aspetos da intervenção desde o processo de recolha da história de vida até a propostas de intervenção futura. As reuniões eram realizadas com colegas, o que permitiu a partilha de

experiências e troca de informações, acerca de diferentes populações clínicas e de diferentes locais de atuação do psicólogo.

## **2. Atividades Desenvolvidas Fora do Local de Estágio**

Como forma de suplementar o conhecimento na área, houve a possibilidade de participar em várias atividades, que podem ser consultadas em anexo (anexo VII).

Foi também possível colaborar num projeto de investigação que tinha como objetivo fazer a tradução da *Neuropsychological Assessment Battery* (NAB), que é uma bateria compreensiva de testes neuropsicológicos, desenvolvida para avaliar capacidades cognitivas em adultos com idades compreendidas entre os 18 e 97 anos de idade (Stern e White, 2003).

A tradução da NAB é uma mais-valia para as ferramentas de avaliação neuropsicológica em Portugal, por avaliar um vasto leque de capacidades neurocognitivas, recorrendo a exercícios com grande validade ecológica.

O trabalho de tradução passou por vários módulos que compõem a NAB, abrangendo os módulos de atenção, linguagem, funções executivas, memória, visuoespacial e as folhas de registo. O trabalho de tradução feito nos módulos não só abrange os cadernos de estímulos, mas também todas as indicações e direções que o clínico deve tomar, para garantir que aplicação da prova é estandardizada. Todo este processo permitiu a compreensão de todo o trabalho subjacente à tradução de uma extensa bateria, que exige um bom domínio da língua inglesa, e simultaneamente a compreensão dos conceitos abordados nos diferentes módulos, de forma a ter uma versão traduzida coerente com a original, e que consiga transpor esses mesmos conceitos para a população portuguesa. Após o alcance de uma versão de consenso, será então iniciado o processo de validação para a população portuguesa.

## **Capítulo III**

### **1. Casos Clínicos**

Ao longo do estágio foi possível fazer o acompanhamento de vários casos (anexo VIII), dos quais serão apresentados dois. Os dois casos são representativos do trabalho feito no Pólo 1 e no Pólo 2.

#### **1.1. Caso A**

A intervenção com A. foi feita no contexto da reabilitação cognitiva no internamento do SMFR do Pólo 2, tendo sido realizadas um total de três sessões com duração de uma hora.

##### **1.1.1. Dados de Identificação**

A. é do sexo masculino, tem 21 anos, tem o 12<sup>º</sup> ano de escolaridade e trabalha numa empresa multinacional, não conseguindo definir a sua posição na mesma. Atualmente reside com os pais e três irmãos.

##### **1.1.2. Motivo de Encaminhamento**

Encaminhado para avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva, por potenciais défices cognitivos, no seguimento de um acidente de viação.

##### **1.1.3. História da doença**

A. esteve envolvido num acidente de viação de alta cinética, a conduzir um veículo da empresa tendo-se despistado a 140 Km/h com embate num separador lateral. No seguimento do embate é admitido no hospital com alterações de consciência e sem resposta verbal. Tem os olhos fechados, abrindo-os transitoriamente com estímulo doloroso. É feito o diagnóstico de TCE minor e lesão axonal difusa. Apresenta também uma fratura exposta

da perna esquerda. Prévio ao acidente, apresenta um diagnóstico de hiperatividade e déficit de atenção.

A admissão no hospital foi no mesmo dia (1 de novembro de 2021), inicialmente observado pelo Serviço de Neurocirurgia do Pólo 1, tendo sido posteriormente encaminhado para o Pólo 2 do SMFR, onde foi avaliado no contexto da reabilitação cognitiva a 13 de dezembro de 2021. Aquando da admissão no SMFR encontrava-se vígil, orientado no tempo e espaço, e colaborante. Apresenta ainda, alguma lentificação psicomotora e disartria ligeira.

Referente à intervenção feita pelo Serviço de Psicologia, em termos qualitativos apresenta humor eutímico, e uma postura de cooperação e empenho nas atividades. A. apresenta *insight* relativamente às suas dificuldades, contudo não evidencia ressonância emocional com o acidente de viação, como se denota quando diz, “*Eu gosto de carros, até tive um acidente num.*” (sic.). Destaca-se também alguma impulsividade na forma como aborda as questões, o que também contribui para as dificuldades evidenciadas.

A avaliação quantitativa foi realizada com o ACE-R. Os resultados obtidos estão presentes na tabela 2.

## Tabela 2

### *Resultados da Avaliação de B.*

<b>Escala/Sub-Escala</b>	<b>Resultado Quantitativo</b>	<b>Resultado Qualitativo</b>
ACE-R (Total)	65/100 (z= -8,08)	Defeito Significativo
MMSE	20/30 (z= -24,87)	Defeito Significativo
Atenção e Orientação	12/18 (z= -4,31)	Defeito Significativo
Memória	8/26 (z= -8,11)	Defeito Significativo
Fluência Verbal	7/14 (z= -2,94)	Defeito Significativo

Linguagem	26/26 (z= -0,35)	Médio
Visuoespacial	12/16 (z= -4,3)	Defeito Significativo

Analisando as pontuações obtidas por A. denota-se alterações significativas em todas as áreas exceto na linguagem onde apresenta um resultado médio. No desenho do relógio evidencia fraco planeamento e organização perceptiva. Os resultados encontrados na memória e na fluência verbal poderão ser resultantes de lesões ao nível do lobo temporal e frontal, respetivamente. Lesão frontal pode ainda corroborar o fraco planeamento observado na realização do relógio. Lesões nestas áreas são comuns em casos de TCE fechado, onde movimentos de choque e contrachoque podem resultar na danificação de fibras, produzindo lesões microscópicas, que são mais comuns nas áreas frontal e temporal, danificando significativamente estruturas da linha média como o corpo caloso (Kolb e Whishaw, 2006).

O baixo resultado obtido ao nível da atenção e orientação é derivado de um fraco desempenho na tarefa de cálculo. O baixo resultado obtido na tarefa visuoespacial é resultante do fraco desempenho no desenho do relógio (fraco planeamento e organização perceptiva) e na tarefa de perceção. Um dos aspetos que pode contribuir para o baixo desempenho nas tarefas é o défice atencional.

#### **1.1.4. Plano de Reabilitação Cognitiva**

Após a avaliação, de forma a potenciar o envolvimento de A. nas atividades de reabilitação é ainda feita uma recolha dos seus interesses e passatempos, de forma a usar estímulos/atividades que vão de encontro aos seus interesses e trabalham cenários com que se pode deparar no dia-a-dia. Foi então elaborado um plano de reabilitação cognitiva com o objetivo de estimular as áreas em que tinha evidenciado a presença de défices. Para cada sessão foi elaborado um plano diferente.

Na primeira sessão foi realizada uma atividade composta por seis exercícios tendo como objetivo estimular as seguintes funções cognitivas: Visuoperceção; Atenção seletiva; Cálculo; Sequenciação; Memória visual; Memória de trabalho. Para além de estimularem as funções mencionadas, há ainda funções cognitivas que estão subjacentes ao bom desempenho da tarefa, e como tal, também estão empregues na realização da atividade. Estas funções foram: Atenção sustentada; Memória de curto-prazo; Compreensão verbal; Planeamento. Cada exercício foca-se na estimulação de uma função cognitiva sendo que, cada um é composto por vários níveis de dificuldade, de forma ajustar a exigência de cada exercício às capacidades de A.. Esta sessão pode ser consultada no anexo IX.

Na segunda sessão foi realizada uma atividade composta por cinco exercícios tendo como objetivo estimular as seguintes funções cognitivas: Atenção Alternada; Visuoperceção; Memória Visual; Memória verbal; Cálculo; Memória de Trabalho; Planeamento. As funções subjacentes foram: Atenção Sustentada; Atenção seletiva; Controlo Inibitório; Flexibilidade Cognitiva. Cada exercício foca-se na estimulação de uma função cognitiva sendo que cada um é composto por vários níveis de dificuldade. Caso o desempenho de A. fosse superior ou inferior ao exigido pelo exercício, eram pré-planeadas rotas alternativas para a execução do exercício de forma a ajustar o nível da tarefa ao desempenho do indivíduo. Esta sessão pode ser consultada no anexo X.

No final de cada sessão era pedido a A. para avaliar o seu desempenho e para expressar os exercícios onde sentiu mais dificuldade, de forma a avaliar o insight/capacidade metacognitiva relativo às dificuldades que sentia, de forma a elaborar uma próxima atividade que tivesse esses aspetos em conta.

Uma terceira sessão com A. não foi possível devido a medidas de prevenção do Covid-19, que impediram a deslocação ao local de estágio.

Ao longo das sessões A. adotou uma postura de cooperação e de investimento nas atividades propostas. O seu desempenho correspondia às exigências dos diferentes



exercícios, exceto no cálculo (especialmente na subtração) onde evidenciava maior dificuldade, contudo quando lhe era referido para escrever os cálculos a fazer numa folha de papel, havia uma melhoria na taxa de sucesso. Durante as sessões foi possível aferir que a impulsividade com que abordava as questões por vezes resultava no insucesso. Apesar destes momentos, A. mantinha a capacidade de detetar e corrigir os seus erros. A sua impulsividade foi melhorando ao longo das sessões, tendo lhe sido fornecidas estratégias para ter uma melhor abordagem a cada exercício.

#### **1.1.5. Prognóstico**

No espaço de um mês que A. esteve no internamento demonstrou uma rápida melhoria das suas capacidades cognitivas e físicas. Mantendo uma atitude empenhada e com a continuação do seguimento há vários fatores que irão influenciar o prognóstico de A.. Um dos fatores de proteção que surge neste caso é a idade, que demonstra contribuir para um prognóstico favorável (Qu et al., 2011). Outros potenciais fatores que podem contribuir para a recuperação eficaz de A. são a ausência de hemorragia subaracnoide e ausência de perda de fluido cefalorraquidiano (Qu et al., 2011). Contudo, a probabilidade de uma lesão axonal difusa é um fator de risco para um prognóstico favorável, que deve ser considerado (Capizzi et al., 2020; Qu et al., 2011).

#### **1.1.6. Proposta de intervenção futura**

Na possibilidade de dar seguimento ao caso de A., a intervenção passaria por um incremento no nível de dificuldade das atividades a realizar. Em termos das funções cognitivas a estimular deveria ser priorizado o cálculo, a memória e funções executivas. O cálculo por ter apresentado várias dificuldades durante as sessões. A memória devido ao baixo resultado obtido na avaliação, e dentro das funções executivas o controlo inibitório, com vista a melhorar a taxa de respostas impulsivas.

Outro ponto a destacar seria a implementação de estratégias compensatórias com o objetivo de colmatar as dificuldades que possam surgir no dia-a-dia, resultantes dos défices cognitivos. Estas estratégias podem passar por anotar os cálculos que precisa de fazer, o uso de mnemónicas e o uso de registo em cadernos, que demonstra ser um dos métodos mais eficazes na reabilitação da memória no pós TCE (Tsaousides & Gordon, 2009). E ainda o treino de substituição, que consiste na substituição das funções afetadas por estratégias que se demonstrem funcionais (Rajeswaran et al., 2013).

Seria ainda importante realizar uma reavaliação de forma a observar quantitativamente as áreas em que houve melhoria e as que ainda devem ser trabalhadas.

#### **1.1.7. Reflexão acerca do Caso A.**

O caso de A. é um reflexo dos vários casos que surgem no internamento do SMFR, onde no tempo limitado de internamento são elaborados planos de intervenção feitos à medida da pessoa. Este permitiu realizar uma grande variedade de atividade que visaram a estimulação de várias funções cognitivas, recorrendo a estímulos que fossem do interesse da pessoa, que por sua vez, contribui para a adesão/empenho nas atividades. Adicionalmente estas atividades são feitas considerando sempre a sua validade ecológica. Fazer um plano de reabilitação que cumpra com estes requisitos que simultaneamente estimule as funções cognitivas pretendidas, e seja ajustado às necessidades da pessoa, é um processo que requer grande deliberação acerca dos métodos e materiais a usar, e a forma como são organizados de forma a atingir os objetivos pretendidos. Adicionalmente todo este planeamento deve assentar numa base teórica, de forma a assegurar a validade de todo o processo de reabilitação. O ajustamento dos modelos teóricos à prática, foi outro importante momento de aprendizagem, por permitir melhorar a compreensão de como funcionam e de como são aplicados. Neste aspeto o caso de A. foi um dos primeiros desafios que surgiu no decorrer do estágio que levou ao crescimento destas competências. Competências que demonstraram

imprescindíveis no decorrer do estágio para a elaboração de atividades mais complexas, alcançadas com maior eficácia.

Tal como mencionado a impulsividade de A. foi uma característica a considerar durante a realização das atividades. Este aspeto também permitiu a aquisição de competências de como deve ser feita a identificação e subsequente abordagem destas características que possam interferir com o sucesso nos exercícios. No caso de A. passou pela sugestão de anotar os cálculos que tinha a realizar numa folha de papel, para facilitar a recordação de números e a resolução das equações, o seguimento da informação que consta numa tabela/texto com o dedo ou linha a linha, e na verificação do exercício antes de passar para o próximo.

Em suma, foi um caso que permitiu adquirir várias competências que foram fundamentais no decorrer do estágio. Foi ainda um caso que demonstrou uma rápida melhoria em termos cognitivos e boa adesão ao plano realizado.

## **1.2. Caso B**

A intervenção com B. foi feita no contexto da consulta de Psicologia do SMFR do Pólo do 1, tendo sido realizadas sete sessões com duração de uma hora.

### **1.2.1. Dados de Identificação**

B. é do sexo masculino, tem 60 anos de idade, tem o 4º ano de escolaridade e é casado. Desempenhava a profissão de marceneiro desde os 10 anos de idade até 2018. Parou a atividade laboral devido à sua condição médica não voltando a exercer a profissão. Atualmente vive com a esposa, e tem duas filhas maiores de idade.

### **1.2.2. Motivo de Encaminhamento**

Foi encaminhado pela reabilitação vestibular, que faz parte do SMFR, por apresentar um humor progressivamente mais deprimido, reativo à patologia vestibular que lhe afetou a qualidade de vida, e por B. não se sentir compreendido pela sua família porque, e tal como refere, “não é algo que dá para ver.” (sic.).

### **1.2.3. Histórico Médico Relevante**

No seu histórico médico consta a presença de patologia vestibular, patologia musculoesquelética, patologia depressiva e ansiosa. A patologia vestibular afeta o seu equilíbrio de forma crónica, que por sua vez afeta a capacidade de desempenhar a sua profissão e realizar atividades que lhe eram prazerosas. Adicionalmente apresentou episódios de duas crises de vertigem rotatória por ano desde 2010, que foram resolvidas em agosto de 2021 no âmbito da reabilitação vestibular. Associado a estas crises apresentava cefaleias, náuseas/vómitos, alterações auditivas como zumbidos, tendo algumas das crises resultado em queda. Apesar de as crises terem início em 2010, afirma que já sentia os sintomas associados às mesmas desde os anos 90.

Demonstra grande sensibilidade a sons agudos, ouvindo um zumbido, que se intensifica no período noturno.

#### 1.2.4. Genograma

Figura 1

Genograma de B.

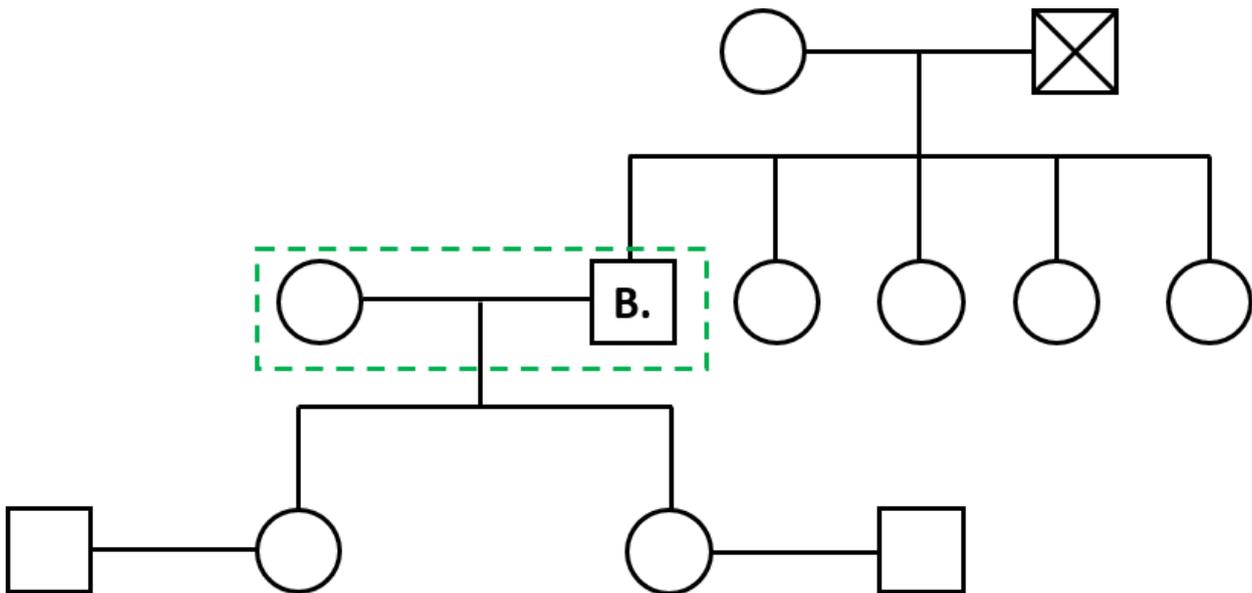


Figura 2

Legenda do Genograma de B.

-  Indivíduo do sexo feminino
-  Indivíduo do sexo masculino
-  Indivíduo do sexo masculino, falecido
-  Co-habitantes

### **1.2.5. História de vida**

B. é de uma família de agricultores, composta pelo pai, mãe e quatro irmãs, sendo o segundo filho mais novo. Afirma ter uma relação positiva com todos os elementos da família, mantendo-se até aos dias de hoje. A dança era a atividade que gostava de realizar com as irmãs, participando em concursos. Atualmente mantem o interesse pela dança, contudo a sua patologia não lhe permite participar em eventos com muito ruído, e retira-lhe a capacidade de coordenar os movimentos, que por sua vez, faz com que B. tenha receio de cair, e fazer cair a sua parceira de dança.

O pai por volta dos seus 50 anos de idade começou a evidenciar uma sintomatologia que B. diz ser igual aquilo que experiêcia atualmente, apesar de nunca ter sido diagnosticado. Na época refere que todos os elementos da família incluindo o próprio não acreditaram que o pai pudesse ter uma condição médica não lhe dando a devida importância. Durante a consulta afirma, “O meu pai passou pelo mesmo, e agora é que o compreendo.” (sic.), porque para além da sintomatologia similar também não se sente compreendido pela sua família (esposa, filhas e genros). Afirma que a mãe e as irmãs compreendem a sua situação, por causa do pai e porque começam a evidenciar sintomatologia similar, apesar de nunca terem sido diagnosticadas. O pai, no decorrer da sua doença fica acamado e acaba por falecer.

Atualmente a mãe está ao cuidado de uma das irmãs, e em dias alternados B. visita a mãe para dar um passeio com ela, porque “vejo que ela faz um esforço para se levantar por mim, e eu tento retribuir-lhe o esforço.” (sic.). Durante o fim-de-semana as restantes irmãs visitam a mãe.

No decorrer da vida B. casa-se e tem duas filhas. A esposa trabalha como distribuidora de pão e empregada de limpeza, e é descrita como sendo alguém emocionalmente fria, que não compreende a sua situação atual, expressando a hipótese de que o seu modo de atuação poderá ser a forma desta o ajudar, contudo admite que a falta de compreensão é algo que lhe traz sofrimento. Refere que ambos gostavam de dançar (participavam num grupo de

dança promovida pela sua junta de freguesia) e era uma atividade que faziam em conjunto sempre que possível. A filha mais velha é esteticista, e descreve-a como sendo similar à mãe, também não compreendendo o problema. A filha mais nova é investigadora, e por ter mais estudos afirma que o compreende um pouco melhor, contudo opta por tomar a posição da mãe. Descreve que houve sempre uma boa dinâmica familiar, mas que devido ao seu emprego passava muitas horas fora de casa. Ambos os genros também não aparentam compreender a sua patologia. B. refere que os elementos da sua família nuclear, “acham que sou mandrião” (sic.), não lhe dando o apoio que gostaria de ter.

Refere que a família da esposa não compreende a sua situação, acusando-o por vezes de fingir a sua condição. Nestas situações diz, “cumprimento por uma questão de educação, mas depois digo que vou cumprimentar a minha irmã e fico a falar com ela.” (sic.), admitindo que evita o conflito.

Ainda de mencionar que na rede suporte social de B. consta um grupo de amigos que fez nas suas atividades relacionadas com a dança, que diz compreendê-lo e que lhe dão suporte quando se desloca a locais onde precisa de mais ajuda (p.e. locais com sons muito agudos).

Quanto à sua profissão, é marceneiro, exercendo desde os 10 anos de idade, após a conclusão do 4º ano de escolaridade. Trabalha no mesmo local desde a década de 90. Nos seus primórdios descreve o local de trabalho como sendo um sítio de entreajuda, com bom clima de trabalho entre colaboradores e chefia. No final da década de 90, início de 2000 descreve uma mudança nas interações no local de trabalho, que passaram a ser caracterizadas por um ambiente de maior exigência e maior hostilidade por parte da administração, começando a sentir-se desvalorizado. Havia ainda um ambiente de supervisão na empresa que impedia B. de se expressar livremente, destacando que o supervisor era particularmente exigente com ele tendo em conta os seus anos de experiência. Foi por volta desta altura, por volta dos seus 38 anos de idade, que começou a sentir problemas no equilíbrio e sintomatologia associada às crises (tonturas, náuseas e

vômitos). Uma das principais causas para o agravamento da situação tal como referido por B. foi que, “isto começou quando comecei a acumular as coisas, porque não podia falar” (sic.). Estes episódios ocorriam exclusivamente no local de trabalho e estavam associados a alturas de maior stress. B. apresenta também várias queixas referentes às condições de trabalho, como falta de equipamento de segurança e maquinaria desatualizada e ineficaz. Atualmente tem receio de voltar à empresa por medo de represálias por parte da chefia por lhe estarem a pagar durante o período de baixa.

Por não se sentir capaz de regressar ao trabalho B. tem tentado obter a reforma por invalidez, esperando que com a atribuição da invalidez a esposa compreenda a sua situação atual. B. descreve este processo como sendo complicado e stressante, receando não lhe ser dado o grau de invalidez necessário para se poder reformar. Para tal tem tentado obter relatórios médicos para conseguir um parecer favorável por parte das instituições responsáveis. Destaca ainda um episódio que foi um grande fator de stress, onde pagou a um médico que iria testemunhar em tribunal a seu favor, mas que subitamente o mesmo decide não comparecer na sessão. Outro fator que gerou revolta em B. foi a sua patologia ter sido atribuída a uma causa natural, à idade, e não provocada pela falta de condições de trabalho. Este fator fomenta ainda a crença de que terá de regressar ao trabalho.

Enquanto espera pelo parecer da junta médica, B. passa mais tempo por casa, ajudando com a sua manutenção, fazendo o almoço, trabalhando no seu quintal, a ouvir música, e a fazer a gestão de um grupo online de partilha de música.

#### **1.2.6. História do Problema**

Como mencionado o problema de B. tem uma componente biológica, referente à patologia vestibular e crises de vertigem. Patologia vestibular que de acordo com o próprio, tem vindo a intensificar desde o surgimento do Covid-19, progressivamente dificultando a realização de tarefas de vida diária e tarefas que lhe eram prazerosas. Igualmente debilitante

é a sensibilidade que tem a sons agudos, tendo de usar tampões nos ouvidos para aguentar o som de música com o volume alto.

Relativamente às crises de vertigem, apesar de já não ter um episódio desde 2021, mantém o receio de voltar a ter. Descreve que há alturas em que vai no autocarro e começa a ter sintomas similares aos de uma crise, como tonturas, náuseas, palpitações, inquietação, e tremores, aumentando o seu estado de ansiedade. A falta de equipamento de segurança no seu trabalho também poderá ser outro fator que teve um impacto negativo na saúde física de B..

Na variável social encontra-se a falta de apoio/compreensão por parte dos familiares, nomeadamente a esposa, o processo de reforma por invalidez, a não realização das atividades que lhe eram prazerosos, e o ambiente social no seu trabalho, que aparenta ser o principal fator que desencadeou todo o problema.

Deve-se também analisar o papel da esposa, e o impacto que tem na variável social e psicológica. Um dos principais motivadores para a vir à consulta de Psicologia foi o facto de a esposa não acreditar no real impacto que a sua patologia tem no decorrer da vida. Esta postura da esposa causa sofrimento psicológico a B., que tem a agravante de não ter outra pessoa na sua esfera social com que possa falar acerca dos seus problemas. Esta postura contribui para se sentir desvalorizado, e dificulta a sua capacidade de resolver problemas. Referente a este ponto B. menciona um episódio onde teve de mudar uma lâmpada, e durante a realização da tarefa começou a sentir-se frustrado por não obter o resultado esperado, começando a especular que a esposa iria reagir negativamente caso a tarefa não estivesse finalizada, contribuindo para a sensação de frustração e desvalorização. Da parte da esposa destacam-se afirmações como “não fazes nada porque não queres” e “para isto, porque é que preciso de um homem em casa.” (sic.).

Dentro da variável social é de destacar o papel que o ambiente laboral teve no deterioramento da saúde de B.. Apesar da causa biológica não ter sido diretamente

associada ao trabalho, o ambiente descrito por B. e a associação entre as crises e o declínio do ambiente de trabalho, sugerem que este foi uma agravante da componente psicológica, por lhe causar um estado de ansiedade acentuado.

Na variável psicológica é importante de denotar que atualmente B., tem uma imagem desfavorável de si mesmo, considerando-se um peso para os que o rodeiam, e incapaz de realizar tarefas que, previamente conseguia desempenhar. Os agravamentos progressivos do seu desequilíbrio, juntamente com a sua situação laboral, fazem com que B. tenha uma perspectiva negativa acerca do futuro, onde prospectiva não conseguir voltar a dançar, receando ter o mesmo desfecho do pai.

Outro ponto a abordar é a ansiedade como traço, afirmando que sempre foi ansioso, corroborado pelo seu humor ansioso. A ansiedade traço contribui para a reatividade à sintomatologia biológica, e como descrito anteriormente, muitos dos sintomas que apresenta quando pensa que terá uma nova crise, são similares a manifestações periféricas de ansiedade (Kaplan et al., 1997). A ansiedade também afeta a forma de como lida com as variáveis sociais, impacta a sua capacidade de resolução de problemas (p.e. fazer pequenos reparos pela casa) (Kaplan et al., 1997) e de comunicar eficazmente, “começo a ficar ansioso e por vezes digo coisas que não devia.” (sic.). O medo que tem de sair de casa por ter experienciado algumas quedas, é outro fator que contribui para o sofrimento psicológico.

Este receio de voltar a cair torna-se maior quando acompanha a mãe nos seus passeios, uma vez que ambos tem problemas de equilíbrio, e quando passeia ao lado da estrada, afirmando que o barulho dos carros o atordoam. Escolhe então evitar sair de casa. Tanto a prevalência da emoção medo que tem, perante o sair de casa, o retorno ao trabalho e o seu futuro, como o comportamento de evitamento que adota, estão em consonância com aquilo que é expectável encontrar num caso de ansiedade (Kaplan et al., 1997), reforçando assim este fator, como um importante objetivo a intervir. Também de destacar que B. chora com regularidade, especialmente nas primeiras consultas.

O problema atual de B. resulta da interação entre estas variáveis, que se modificam e intensificam de forma recíproca. Estas três variáveis por sua vez permitem corroborar o comportamento de evitamento, o receio de ter outra crise, e a dificuldade de resolução de problemas e comunicação que B. evidenciou ao longo das consultas.

Todos estes aspetos da vida de B. também se refletem na qualidade do sono, apenas dormindo 3 a 4 horas por noite. Aponta como principal causa um zumbido nos ouvidos que o impede de adormecer, mas também o ressonar da esposa e o despertador da mesma, que está programado para tocar por volta das 7 horas da manhã.

Por último, com a intervenção feita para solucionar as crises de vertigem B. esperava obter a resolução do desequilíbrio, contudo manteve-se e o prognóstico indica que permanecerá. Contribuindo assim para o quadro clínico atual.

### **1.2.7. Processo de Intervenção**

Iniciando pela avaliação qualitativa B. apresentou maioritariamente um humor ansioso, havendo uma melhoria significativa ao longo do tempo. Demonstrou ainda chorar com facilidade nas primeiras consultas quando abordadas temáticas como, o não se sentir compreendido, o processo judicial em que se encontra envolvido, o ter de regressar ao trabalho, e o facto de não conseguir dançar. A partir da quarta consulta já consegue abordar estas temáticas sem chorar. Apresentou-se nas consultas com aspeto cuidado, mantendo o contacto ocular, e com uma postura recetiva às estratégias propostas.

O processo de intervenção começou com a recolha da história de vida do utente, com o objetivo de conhecer B., as suas idiossincrasias, o meio que o rodeia, e simultaneamente trabalhar na formação de um vínculo terapêutico. Para tal, foi usada a entrevista clínica aberta. Após a recolha da história de vida, manteve-se o uso da entrevista clínica, tendo adicionalmente recorrido a psicoeducação e a implementação de estratégias/técnicas terapêuticas.

Na primeira consulta é feita a chamada por B. na sala de espera, este levanta-se com alguma dificuldade, e é direcionado para o gabinete de Psicologia. No gabinete pede permissão antes de se sentar na cadeira. É inicialmente feita a apresentação do estagiário e do que é a consulta de Psicologia, e B. é questionado se sabe o motivo de encaminhamento para a consulta, ao que B. afirma que sim, esperando que o ajude a recuperar alguma qualidade de vida. O restante tempo de consulta é usado para recolher parte da história de vida. B., que chora quando é abordada a postura da esposa, o processo que decorre em tribunal, o receio de ter de regressar ao local de trabalho, e o facto de não conseguir dançar como quereria. Com a conclusão da consulta, é acordada uma data e hora com B. para a realização da próxima.

No início da segunda consulta pede um relatório médico para o ajudar a obter a reforma por invalidez, afirmando que já pediu a outras especialidades e que, “agora tenho que andar a colecionar relatórios, porque só vocês é que me podem ajudar.” (sic.). Com a recolha de relatórios, B. espera que lhe seja atribuído o grau de invalidez necessário para se aposentar.

Nesta consulta foi abordado em maior detalhe a sua vida laboral, e a relação que pensa que esta teve com a génese e agravamento da sua patologia. Esclarecendo assim a relação entre ambas, e simultaneamente contribuindo para a compreensão do sentimento de injustiça pela sua patologia ter sido atribuída a uma causa natural e não laboral.

Surge novamente o tópico da esposa não compreender a sua situação atual, contudo dias antes da consulta ambos deslocaram-se à junta médica para avaliar o grau de invalidez de B.. Este espera de que a ida da esposa à consulta facilite a compreensão do problema.

São ainda adquiridos outros dados fundamentais como as horas de sono que tem por noite, o facto de conduzir e as dificuldades com que se depara quando o faz.

Na terceira consulta é abordada a história da doença e como tem lidado com as suas limitações. É aplicada a HADS para avaliação quantitativa da presença de sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados obtidos foram, a pontuação de sete para sintomatologia

depressiva, indicativo de ausência de sintomatologia significativa, e uma pontuação de 15 para sintomatologia ansiosa severa (Snaith, 2003).

Com base em todos os dados recolhidos até ao momento, o estagiário considerou adequado adotar uma abordagem cognitivo-comportamental, por se ajustar às necessidades de B., e por ser uma abordagem suportada para casos de ansiedade (Zhang et al., 2019). Nesta consulta foi abordado um plano de ativação comportamental, que visou a retoma da participação de B. em eventos de dança. A ativação comportamental é uma estratégia que visa reduzir o evitamento de situações, promovendo a participação em atividades que sejam satisfatórias/prazerosas, simultaneamente dando à pessoa um objetivo tangível (Wenzel, 2017). A ativação comportamental passaria pelo retorno à dança, que seria feito de forma faseada. Primeiro vendo os locais onde haveria disponibilidade para o fazer, e depois de forma progressiva voltar a retomar a dança, com incremento do período de dança. A elaboração do plano foi feita em consonância com B., que demonstrou interesse em aderir, sugerindo planos de ação que facilitassem a retoma. No decorrer da elaboração foram ainda abordadas as expectativas e receios que tinha.

É também abordado o receio que tinha de voltar a ter outra crise quando experienciava os sintomas que antecederiam as mesmas. Foi então feita psicoeducação, acerca da associação estímulo resposta, que numa perspetiva comportamental, é um fator fundamental à génese da ansiedade (Kaplan et al., 1997). É explicado que aos sintomas experienciados estão associados ao pródromo de uma crise e que, a experiência destes sintomas leva a um aumento do nível de ansiedade que por sua vez contribui para o agravamento da sintomatologia física, mas que, a vivência dos sintomas não significa que terá outra crise. Ou seja, se conseguir baixar o nível de ansiedade quando sente os sintomas, progressivamente desvincularia o estímulo da resposta. Foi ainda abordado o papel reforçante que o comportamento de evitamento, que havia adotado, tem na sensibilização para estes estímulos, e conseqüentemente na sua manutenção (Craske et al., 2009).

Como forma de baixar o seu nível de ansiedade é abordada a respiração diafragmática, como deve fazer, quando fazer, e os benefícios que acarreta (Chen et al., 2017).

No início da quarta consulta é-lhe entregue o relatório médico. Nesta consulta verificou-se que B. implementou as estratégias abordadas na última consulta. Refere que tem feito o relaxamento diafragmático várias vezes ao dia e que tem vindo a sentir-se melhor. Quanto ao plano de ativação comportamental, afirma ter falado com a esposa para irem consultar o horário do grupo de dança. Adicionalmente foi convidado por amigos e pela esposa para ir a uma noitada, afirmando que, “não era para ir, mas depois convenci-me” (sic.). Apesar de só ter conseguido ficar uma hora, por não aguentar o ruído da música, diz que gostou de ir e de passar tempo com a esposa e amigos. B. também começou a fazer caminhadas, incentivando a irmã a fazer o mesmo. Também refere estar mais envolvido com o seu grupo online de partilha de música.

No final da consulta é reforçado a importância da ativação comportamental e da respiração diafragmática.

Na quinta consulta B. afirma realizar a respiração diafragmática regularmente, e que segue o plano de ativação comportamental, indo com maior frequência a eventos de dança, apesar de não conseguir permanecer muito tempo, e realiza caminhadas com amigos. Este grupo de amigos compreende as suas dificuldades ajudando-o quando necessário. Contudo, o facto de reduzir o ritmo a que andam para o acompanhar e de terem de sair mais cedo de eventos por causa de B., faz com que este se considere um estorvo, afirmando que, “não quero ser um peso” (sic.). Neste momento, é feita reestruturação cognitiva, de forma a reajustar o conteúdo dos pensamentos, para alcançar uma visão mais objetiva da situação (Borza, 2017).

Nesta consulta são também abordados os problemas de sono de B., que dormia por noite o máximo de 3 horas. É feita psicoeducação acerca da higiene de sono, e os comportamentos que B. poderia adotar para melhorar a qualidade do sono. Estes comportamentos passam



por, só ir para cama quando fosse para dormir, caso não conseguisse dormir para se levantar e ir realizar outra atividade como ouvir música, e simultaneamente fazer a respiração diafragmática, e ainda evitar dispositivos como o telemóvel ou a televisão antes de ir dormir (American Academy of Sleep Medicine, 2020).

Na sexta consulta revela que com o aumento da temperatura fica mais por casa, por ficar atordoado com o calor excessivo. É novamente trabalhada a reestruturação cognitiva relativamente a sentir-se um peso para os amigos que o acompanham. Refere ainda praticar regularmente a respiração diafragmática.

Em termos de novas temáticas é abordada a frustração que sente na realização de pequenas tarefas pela casa. Diz que atualmente se sente incapaz de fazer pequenos arranjos pela casa, e que quando a tarefa não corre como planeado fica frustrado, e com receio da reação da esposa. De forma a ajudar com esta temática recorre-se a uma das ferramentas abrangidas pela teoria cognitivo-comportamental, o treino de resolução de problemas. São inicialmente discutidas técnicas como a simplificação e a visualização, de forma a descomplexificar a tarefa e permitir um raciocínio eficaz em situações de maior stress. É ainda abordado o modelo SSTA (*Stop, Slow Down, Think, Act*) que, quando deparado com uma situação que causa uma reação emocional que leva a uma resposta negativa, é importante parar, abrandar (p.e. através de uma técnica de relaxamento) a reação emocional, para depois pensar eficazmente, e poder agir (Nezu, 2012). É ainda trabalhado o processo de elaboração de planos de ação e testagem de soluções.

Nesta consulta foi ainda possível abordar a relação que tem com a esposa, e como a postura desta tem afetado o seu dia-a-dia. É ainda iniciado a elaboração de estratégias de comunicação com a esposa, e de como lidar com o stress.

É de salientar que nesta consulta B. apresentava um maior nível de ansiedade, por estar a dias de se dirigir à junta médica para obter um importante veredito acerca do seu processo de reforma por invalidez. Este ponto foi abordado no início da consulta, com o objetivo de

compreender as expectativas de B., que estratégias empregava para lidar com o stress, e que valor teria o veredito no processo. B., esperava obter um parecer favorável para ter o grau de invalidez necessário, demonstrando grande incerteza se o iria conseguir. Durante este período, B. destacou a importância que a realização da respiração diafragmática teve para lidar com o stress, fazendo-a com mais regularidade. Contudo, refere que teve sob stress constante, reportando perda de apetite e dificuldades acrescidas em adormecer.

Por último é ainda abordado a saída do estagiário do CH, o término das consultas com o mesmo, e a possibilidade de ser seguido por outro profissional. B., questiona se seria possível manter o seguimento por parte do estagiário noutra local, e agradece o trabalho feito até à data.

Na sétima e última consulta, B. reafirma que tem aplicado as estratégias abrangidas pelo treino de resolução de problemas, expressando que o tem ajudado a sentir-se menos frustrado. Desde a realização da última consulta dirigiu-se à junta médica para obter um veredito acerca do seu processo, contudo não obteve a informação que esperava, tendo de aguardar até obter a conclusão deste processo. Apesar deste evento apresenta-se menos ansioso relativamente à última consulta.

No intervalo entre as duas consultas realizou-se o aniversário da esposa, tendo se feito um evento com a família da mesma. Os familiares da esposa também não compreendem a situação de B., e tecem comentários pejorativos. Face a adversidade B. cumprimenta os familiares e depois diz que vai cumprimentar a irmã, passando o restante tempo do evento com esta, de forma a evitar os familiares da esposa. Como tal, é feita a continuação da abordagem de estratégias de comunicação.

É ainda obtida mais informação acerca da sua relação com a esposa, referindo que tem progressivamente, conseguido lidar com a atitude da esposa. Contudo, demonstra-se frustrado por esta sair com regularidade com amigos para eventos de dança.

Sendo a última consulta é novamente abordada a saída do estagiário, e a possibilidade de ser seguido por outro profissional, ao que B. concorda e agradece. Por fim, são novamente discutidas as estratégias abordadas em consulta, e a sua importância para o seu bem-estar.

#### **1.2.8. Prognóstico**

B. ao longo do processo demonstrou uma boa adesão as estratégias e temáticas abordadas em consulta, e, portanto, com a continuação do seguimento conseguirá aliviar os fatores que contribuem para o sofrimento psicológico e fortalecer os que contribuem para o seu bem-estar. Apesar de terem sido abordadas várias temáticas, e de se ter denotado uma melhoria no seu humor, e redução de comportamento prejudiciais ao seu bem-estar como a evitação excessiva de situações sociais, mantém-se a resolução da principal temática de B., que é a sua relação com a esposa. Apesar desta temática ter sido abordada em consulta, deve ser ainda sujeita a extenso trabalho.

Por último, o apoio psicológico a B. tornar-se-á crucial caso este obtenha um parecer por parte da junta médica que não esteja de acordo com as suas expectativas. Neste caso surgirão várias temáticas que porão em causa a sua saúde, e todo o trabalho feito previamente. No caso de o parecer ser favorável para B., haverá um período de adaptação à nova fase da vida em que se encontra e todas as reações que possam surgir de terceiros face a este parecer. Como tal, o acompanhamento psicológico será crucial em ambas as situações.

#### **1.2.9. Proposta de intervenção futura**

Na possibilidade de dar seguimento ao caso de B., manteria uma abordagem cognitivo-comportamental, com vista à resolução de fatores de risco e fortalecimento de fatores de proteção. Nos tópicos a abordar, e como previamente mencionado, a intervenção futura passaria pelo trabalho da relação entre B. e a sua esposa, e as expectativas que B. tem acerca desta.

Trabalhar crenças desadaptativas, e fornecer estratégias a B. para lidar com a sua patologia são outros dois importantes aspetos de abordar.

Por último, e como previamente mencionado, ajudar B. a navegar o período da sua vida que decorrerá após o parecer da junta médica, seria outro importante aspeto do seguimento.

#### **1.2.10. Reflexão acerca do Caso B.**

O caso de B. constituiu um importante marco de aprendizagem para a abordagem terapêutica que o psicólogo deve ter. Permite assim o desenvolvimento de competências como a entrevista clínica, a recolha da história de vida, a compreensão do problema atual, a compreensão da pessoa numa perspetiva biopsicossocial, a importância dos aspetos não-verbais da comunicação, o uso de linguagem adequada de forma a facilitar a compreensão, e o desenvolvimento e aplicação de estratégias terapêuticas para promover a saúde do indivíduo.

Após obter a informação necessária à intervenção foi selecionada uma abordagem que assenta na teoria cognitivo-comportamental, por se melhor adequar às necessidades da pessoa. Esta abordagem permite o esclarecimento de aspetos como a associação estímulo-resposta, o treino de resolução de problemas e a atribuição de métodos para lidar com a ansiedade. Subjacente à abordagem tomada estão os princípios de atuação do psicólogo. Todo este processo contribuiu para o aprofundamento do conhecimento da abordagem cognitivo-comportamental, e as diferentes ferramentas que são englobadas por esta abordagem.

Ao longo das sessões B. demonstrou-se continuamente disponível a abordar várias temáticas, demonstrando boa adesão às estratégias terapêuticas abordadas em consulta. Tal não seria possível, se não houvesse um estabelecimento de uma relação terapêutica, que transmitisse segurança a B., de partilhar informação relevante acerca da sua vida, e na eficácia das estratégias/técnicas terapêuticas.

Na elaboração de estratégias terapêuticas destaca-se a importância que tem a obtenção de *feedback* por parte da pessoa para otimizar a adesão e implementar planos de ação que sejam compreendidos e aceites como potenciadores de mudança. É de salientar a importância de obter *feedback* acerca da implementação do plano no quotidiano para posteriormente fazer os ajustes necessários de forma a facilitar a sua integração no dia-a-dia.

Em suma, para este caso foi necessário recorrer ao vasto leque de abordagens instruídas ao longo do percurso académico, compreendo o seu significado e a sua importância para o caso em específico, ajustando-as às necessidades e dúvidas do indivíduo de forma a elaborar uma abordagem consistente, assente em pressupostos científicos, que promova ativamente a saúde da pessoa.



## **Reflexão Geral**

O estágio foi uma mais-valia para o processo de formação, permitindo o uso de todas as aptidões aprendidas ao longo do percurso académico num contexto prático, num vasto leque de casos. Contribuiu para melhorar a compreensão dos conceitos e a sua aplicação, fazendo o seu ajuste mediante o caso e as suas idiossincrasias. Todo o processo permitiu o aprimoramento de capacidades cruciais, constituindo um importante marco que contribuirá para o desenvolvimento continuado do profissional, servindo como uma referência. Ainda de mencionar que para além da grande diversidade de casos que surgiram no decorrer do estágio, foi possível interagir com pessoas em fases diferentes do seu processo de seguimento por parte de Psicologia, contribuindo para a compreensão do trabalho previamente feito, dos resultados que produziu, e dos aspetos que são necessários de abordar.

O estágio no CH passou por dois serviços distintos permitindo a interação com um maior número de casos de diferentes naturezas. Dentro do SMFR houve a possibilidade de assumir dois papéis distintos que o psicólogo pode tomar. O primeiro é assente na entrevista clínica e na resolução de questões psicossociais, permitindo maioritariamente a intervenção de casos com a temática de evento cardíaco, reabilitação física e reabilitação do pavimento pélvico. O segundo é referente à reabilitação cognitiva, onde há mais ênfase na avaliação neurocognitiva e na formulação de planos de reabilitação, havendo maior interação com pessoas com lesão cerebral adquirida. No serviço de psiquiatria foi possível abordar uma grande variedade de casos onde foi necessário recorrer a várias áreas de estudo da Psicologia.

No seguimento da colaboração nos projetos de investigação surge a possibilidade e o interesse em fazer uma avaliação neuropsicológica a pacientes internados no serviço de cardiologia. Em articulação com a orientadora foi desenvolvido um plano de avaliação a ser aplicado a todas as pessoas internadas no Serviço de Cardiologia. Para este processo foi



necessário inquirir investigações que estudam variáveis neuropsicológicas nesta população para melhor compreender a área e conseqüentemente selecionar os testes mais adequados à avaliação. Com a aprovação necessária iniciou-se o processo de avaliação desta população. Todo este processo permitiu adquirir mais conhecimento acerca da intervenção psicológica nesta população, contribuindo para a prestação de serviços disponibilizados. Após todo este processo de elaboração de um protocolo de avaliação, surge a oportunidade de aplicá-lo a pessoas no internamento em cardiologia, sendo mais uma oportunidade enriquecedora, onde foi possível trabalhar competências necessárias à avaliação neuropsicológica, a gestão de vários utentes e a cotação e interpretação de vários resultados de avaliações.

A participação em grupos de psicoeducação foi igualmente uma experiência enriquecedora, que permitiu o aprofundamento do conhecimento acerca de tópicos abordados nas sessões, o aprimoramento das capacidades de gestão de um grupo, e de resposta a dúvidas que surgem, ajustando a linguagem usada de forma a facilitar a compreensão. Foi ainda possível de participar no processo de formação do grupo de pessoas com EAM, o que também permitiu compreender que noções é que têm acerca de grupos de psicoeducação, e o interesse/procura que este tipo de grupos têm.

Em termos de dificuldades sentidas, encontra-se a adaptação dos pressupostos teóricos à prática clínica. Este aspeto foi algo trabalhado ao longo de todo o estágio, e requereu um aprofundamento do conhecimento acerca destes pressupostos para, com maior eficácia aplicá-los mediante as exigências dos serviços frequentados. Simultaneamente a este processo, também houve a aprendizagem de qual o papel do psicólogo no serviço, e quais as exigências que deve cumprir. Esta gestão entre o cenário ideal, preconizado pela literatura, e as exigências do local de estágio foi, portanto, um importante marco de aprendizagem de como o psicólogo pode fazer a ponte entre estes dois, mantendo os elementos essenciais à boa prática clínica, enquanto satisfaz os objetivos do local onde opera. Estes constrangimentos foram mais evidentes na reabilitação cognitiva, onde elementos como, o



número de utentes, o tempo que permanecem no serviço e o número de dias em que é feita a reabilitação cognitiva, não permitiam a total aplicação de um plano de reabilitação como descrito na literatura, levando assim à seleção de certos elementos, em detrimento de outros, com base no caso em particular, e nos objetivos/exigências do serviço.

Um segundo aspeto onde foi sentido dificuldade, foi na omissão de informação pessoal. Na sua prática clínica o psicólogo só deve usar a auto-revelação de forma pontual, de forma de forma a manter a relação médico paciente. Contudo, em certos casos, quando o paciente faz uma pergunta de cariz pessoal, há uma dificuldade inicial em como deverá ser abordada a pergunta. Apesar de ocorrerem de forma pontual, após estas consultas, eram abordadas estas dificuldades com a orientadora no local de estágio, o que constituiu um processo de aprendizagem.

Um terceiro aspeto onde foi sentido dificuldade, foi na abordagem de casos onde havia um risco de suicídio, e a onde a pessoa expressava a intenção de o fazer, ou de já ter tentado. Estes casos, necessitaram de cuidado redobrado na navegação destas temáticas, para aferir o grau de risco, e avaliar as variáveis que levaram a pessoa aquele momento. Aqui, evidenciava-se a importância do vínculo terapêutico, e de todos os cuidados a ter-se na realização da entrevista clínica. Para além das considerações teóricas a ter, há também todo um trabalho pessoal para melhor lidar com o peso de casos onde a barreira entre a vida e morte é ténue.

A interação com todos os elementos previamente mencionados, e com a ajuda e apoio por parte da orientadora no local de estágio, e com o apoio providenciado nas reuniões de supervisão de estágio, foi possível unir a teoria e prática, melhorando as capacidades que são instrumentais ao psicólogo para providenciar apoio eficaz à população que o procura. Esta melhoria ao longo do estágio foi sentida em todos os níveis como, na capacidade de dirigir uma entrevista, na qualidade da interação com a pessoa, na observação do utente, no processo de aplicação de testes neuropsicológicos e na sua cotação, na realização de atividades de reabilitação cognitiva e na gestão de um grupo.

## Referências Bibliográficas

- Alves, L., Martins, C., & Simões, M. R. (2010). Avaliação da Inteligência Pré-Mórbida: Desenvolvimento da versão experimental do teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI) para a população portuguesa. *Psychologica*, (53), 299-312.
- American Academy of Sleep Medicine (2020, agosto). Quick Sleep Tips. Disponível em: <https://sleepeducation.org/healthy-sleep/healthy-sleep-habits/>
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida: American Board of Professional Neuropsychology.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments (p. 149). Springer Nature.
- Borza L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 203–208. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>
- Brown, N. W. (2004). *Psychoeducational groups: Process and practice*. Routledge.
- Capizzi, A., Woo, J., & Verduzco-Gutierrez, M. (2020). Traumatic Brain Injury: An Overview of Epidemiology, Pathophysiology, and Medical Management. *The Medical clinics of North America*, 104(2), 213–238. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.11.001>
- Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). *Dementia Rating Scale-2: Manual Técnico*. Cegoc-Tea, Lisboa, Portugal.
- Centro xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxx xxx xxxx (CH). (n.d.). Retirado a 11 de janeiro, 2022, de <https://portal-chxx.min-saude.pt/>
- Chen, Y. F., Huang, X. Y., Chien, C. H., & Cheng, J. F. (2017). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in psychiatric care*, 53(4), 329–336. <https://doi.org/10.1111/ppc.12184>

- Clemente, V., Ruivo Marques, D., Miller-Mendes, M., Morin, C. M., Serra, J., & Allen Gomes, A. (2021). The European Portuguese version of the insomnia severity index. *Journal of Sleep Research, 30*(1), e13198.
- Compare, A., Mommersteeg, P. M., Faletra, F., Grossi, E., Pasotti, E., Moccetti, T., & Auricchio, A. (2014). Personality traits, cardiac risk factors, and their association with presence and severity of coronary artery plaque in people with no history of cardiovascular disease. *Journal of cardiovascular medicine (Hagerstown, Md.), 15*(5), 423–430. <https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e328365cd8c>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder?. *Depression and anxiety, 26*(12), 1066–1085. <https://doi.org/10.1002/da.20633>
- Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry research, 247*, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.), 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2018). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa. Manual técnico (2ª ed). Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Flanagan, D. P. & McDonough, E. M. (2018). Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues. Guilford Publications.
- Friedman, A. F., Levak, R. W., Nichols, D. S., & Webb, J. T. (2000). Psychological assessment with the MMPI-2. Routledge.
- Freud, S. (1921). A general introduction to psychoanalysis. Boni and Liveright

- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 9(3), 345-357.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). Mini Mental State Examination (MMSE): Normative study for the Portuguese population in a community stratified sample. Appl. Neuropsychol. Adult, 22, 311-319.
- Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J. I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (2013). *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology* (pp. 103-605). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14048-000>
- Gladding, S. (1995). *Group work: A counseling specialty* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria* (7ª ed). Artes Médicas
- Kolb, B., & Wishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Ed. Médica Panamericana
- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual review of psychology*, 53, 341–369. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135208>
- Luria, A.R. (1976). *The working brain: an introduction to neuropsychology*. USA: Basic Books.

- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). Psychometric and Normative Indicators of the Portuguese Version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III. Preliminary Study on a Sample of Healthy Subjects. *Acta Neuropsychologica*, 13(2).
- Martínez-Nogueras, A., Sáez-Zea, C., López-López, C., de la Fuente-Gómez, M., Fernández-Olmo, M. R., & Andrade-Ortega, J. A. (2021). Variabilidad en el rendimiento neuropsicológico en pacientes con síndrome coronario agudo [Variability in the neuropsychological performance of patients with acute coronary syndrome]. *Revista de neurologia*, 73(9), 299–306. <https://doi.org/10.33588/rn.7309.2020552>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer publishing company.
- Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short Scales for the Assessment of Personality Traits: Development and Validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in psychology*, 9, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00461>
- Ordem dos Psicólogos portugueses. (2016). Estágios de observação da prática profissional do psicólogo. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p\\_37\\_sobre\\_estaagios\\_de\\_observacao\\_da\\_pratica\\_profissional\\_do\\_psicologo.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_37_sobre_estaagios_de_observacao_da_pratica_profissional_do_psicologo.pdf)
- Ordem dos Psicólogos portugueses. (2018). Orientação para as especialidades. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientacao\\_especialidades\\_neuropsicologia\\_regular.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientacao_especialidades_neuropsicologia_regular.pdf)
- Peixoto, B., Graça, G., Pimenta, P., Andrade, A., Silva, P., Silva, M., ... & Leal, S. (2022). Acute coronary syndrome and neurocognition: Determinants and moderators.
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos.

- Pinto, J. O., Dores, A. R., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2022). Programmed neurocognitive training: proposal of a new approach. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 2507-2514.
- Qu, X. D., Shrestha, R., & Wang, M. D. (2011). Risk factors analysis on traumatic brain injury prognosis. *Chinese medical sciences journal = Chung-kuo i hsueh k'o hsueh tsa chih*, 26(2), 98–102. [https://doi.org/10.1016/s1001-9294\(11\)60027-8](https://doi.org/10.1016/s1001-9294(11)60027-8)
- Rajeswaran, J., Bennett, C.N., & Shereena, E.A. (2013). Neuropsychological Rehabilitation: Need and Scope. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-10.
- Regulamento nº 637/2021 da Ordem dos Psicólogos. (2021). *Diário da República: 2ª Série*, nº134.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento\\_637\\_2021.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_637_2021.pdf)
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).
- Rogers C. (1965). *Client Centered Therapy*. Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Tsaousides, T., & Gordon, W. A. (2009). Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: assessment to treatment. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 76(2), 173–181.  
<https://doi.org/10.1002/msj.20099>
- Santos CR (2001). Avaliação da sonolência diurna excessiva: Adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa. Monografia de licenciatura em neurofisiologia. Escola Superior de Tecnologia do Porto.
- Semrud-Clikeman, M., & Ellison, P. A. T. (2009). *Child neuropsychology*. Springer US.
- Snaith R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and quality of life outcomes*, 1, 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

- Stern, R. A., & White, T. (2003). NAB, Neuropsychological Assessment Battery: Administration, scoring, and interpretation manual. Lutz: Psychological Assessment Resource.
- Sullivan H. S. (1951). The psychiatric interview. *Psychiatry*, 14(4), 361–373.  
<https://doi.org/10.1080/00332747.1951.11022839>
- Teixeira J. A.C. & Leal I. (1990). Psicologia da Saúde: Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica*, 453-458.
- Tonetto, A.M., Gomes,W.B. (2007). The Practice of Hospital Psychologist in a Multidisciplinary Team. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 89–98. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>
- Vaz, A. P., Drummond, M., Mota, P. C., Severo, M., Almeida, J., & Winck, J. C. (2011). Translation of Berlin Questionnaire to Portuguese language and its application in OSA identification in a sleep disordered breathing clinic. *Revista portuguesa de pneumologia*, 17(2), 59–65.
- Wechsler, D. (2008). Escala de Inteligência para Adultos-Terceira Edição (WAIS-III). Lisboa.Cegoc.
- Wenzel A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of behavioral medicine*, 42(6), 1117–1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Relatório de Estágio**

## **Anexos**

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

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

**Gandra, 28 de setembro de 2022**



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto**

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

**Relatório de Estágio**

**Anexos**

**Trabalho realizado sob a Orientação de Maria Emília Areias,  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.**

## **Índice de Anexos**

**Anexo I- Cronograma de Atividades Desenvolvidas no Período de Estágio**

**Anexo II- Atividade de Reabilitação Cognitiva A**

**Anexo III- Atividade de Reabilitação Cognitiva B**

**Anexo IV- Atividade de Reabilitação Cognitiva C**

**Anexo V- Atividades de Reabilitação Cognitiva a Serem Realizadas no Domicílio**

**Anexo VI- Apresentações e Folhetos Informativos Realizados para Sessões de Grupo**

**Anexo VII- Atividades Desenvolvidas Fora do Local de Estágio**

**Anexo VIII- Casos Acompanhados**

**Anexo IX- Primeira Sessão de Reabilitação Cognitiva Realizada para A.**

**Anexo X- Segunda Sessão de Reabilitação Cognitiva Realizada para A.**

## **Anexo I**

# **Cronograma de Atividades Desenvolvidas em Período de Estágio**



## **Anexo II**

### **Atividade de Reabilitação Cognitiva A**

## Reabilitação Cognitiva (31/1/2022)

**Funções Cognitivas Principais:** Flexibilidade cognitiva; Planeamento; Cálculo; Raciocínio Lógico; Memória de Trabalho; Controlo Inibitório; Fluência Verbal.

**Função Cognitiva Secundária:** Atenção sustentada; Memória Verbal; Memória Visual; Compreensão Verbal; Velocidade de Processamento.

**Formato:** Papel e Lápis.

**Objetivos da atividade:** Estimular as funções acima mencionadas, através de tarefas que têm um encadeamento lógico entre si, recorrendo a estímulos que seja do interesse/façam parte do quotidiano da pessoa.

**Descrição dos Exercícios:** O primeiro exercício (Planeamento), apresenta um calendário que é contextualizado como sendo o programa das festas de Campanhã. Neste horário constam várias atividades (n=27) e blocos de horas sem qualquer atividade (n=15). Para preencher parte destes tempos livres, são dados 15 artistas à pessoa, tendo que as organizar tendo em conta o tempo que demoram a atuar e as especificidades de cada um. No total deverão ficar apenas dois blocos de hora livres. Após completar o exercício são feitas várias perguntas que são: Qual é a hora onde há mais vezes missa?; Tendo em conta do dia da semana de hoje e a hora atual, se fossemos a esta festa o que estaria a acontecer?; Qual o evento que está a decorrer às 15:32 na quinta-feira?; Imaginemos que é quarta-feira e foi à missa na igreja matriz. Quantas horas tem de esperar até à missa da confraria?.

O segundo exercício (Cálculo), apresenta inicialmente [Tabela 1] os preços referentes a três bandas, no que toca ao preço que cobram por hora. Quanto cobram por deslocação e a distância a que se encontram. Para esta tabela, é pedido para calcular qual o preço por que ficará cada banda se for para tocar duas horas, não considerando a distância. E depois é pedido para considerando a distância, qual o preço por que ficará cada banda. Depois é apresentada uma outra tabela [Tabela 2], onde cada banda apresenta um desconto por cada minuto que toque após a primeira hora de concerto. Aqui é pedido para calcular o valor que cada banda vai cobrar se tocarem 1h:30 e depois, se tocarem 2h. A terceira tabela [Tabela 3] é contextualizada como um relatório finalizado que apresenta o preço das bandas, que vão tocar durante duas horas juntamente com custos adicionais, sendo pedido à pessoa para tentar decorar os valores. De seguida é apresentada outra tabela [Tabela 4], onde os custos adicionais das bandas foram trocados e a onde aparece o valor total (custo das duas horas mais os custos adicionais). Esta tabela é contextualizada como sendo o documento final que tem que assinar, e que, portanto, foi-lhe pedido para verificar os valores. Com este propósito a primeira pergunta é se os custos adicionais estão corretos, A segunda questão é se o valor total para cada banda está correto.

O terceiro exercício (Memória de Trabalho) apresenta vários cartazes das festas populares de Campanhã. A pessoa tem que dizer se o cartaz apresentado é igual ou diferente ao último. Este exercício tem três alíneas.

O quarto exercício (Fluência Verbal) pede que a pessoa diga/escreva palavras que pertençam às categorias semânticas de música, jogo e igreja. Tendo de dizer/escrever, pelo menos, seis palavras para cada categoria. As palavras apontadas pela pessoa é lhe depois que diga outras seis que comecem com a letra da palavra indicada, não tendo estas de pertencer a qualquer categoria.

### **Sugestões**

No terceiro exercício, para dificultar a tarefa pode-se diminuir o tempo que cada cartaz aparece. Treinando assim velocidade de processamento.

No quarto exercício, para dificultar a tarefa pode-se pedir um número acrescido de palavras. Ou poder-se-á, na componente de enumerar palavras que começam com uma certa letra, alterar a regra para que tenha de dizer palavras que acabam com a letra que começa a palavra indicada.

### **Indicações**

**Planeamento:** “Apresento-lhe um calendário para uma festa popular. Como pode observar já estão algumas atividades marcadas. Contudo, se reparar, verá que há muito tempo livre. Para resolver esta questão, é lhe apresentado várias artistas que tem que pôr na festa. Contudo, os artistas têm diferentes tempos de atuação e diferentes agendas. O que quero que faça é que disponha os artistas na festa de modo a respeitar as exigências de cada um. Cada artista tem um número associado, e apenas precisa de colocar o número associado ao artista na hora que achar indicada.” [Após a finalização da tarefa] “Qual é a hora onde há mais vezes missa?” “Tendo em conta do dia da semana de hoje e a hora atual, se fossemos a esta festa o que estaria a acontecer?” “Qual o evento que está a decorrer às 15:32 na quinta-feira?” “Imaginemos que é quarta-feira e foi à missa na igreja matriz. Quantas horas tem de esperar até à missa da confraria?”.

**Cálculo:** [Tabela 1 é apresentada] “Com aquele planeamento todo verificou que havia algumas horas vagas e, portanto, decidiu contratar mais uma banda. Procurou e acabou como propostas para três bandas. Aqui estão os valores para quanto cobram por deslocação e a distância a que se encontram. Ignorando, por agora, o preço de deslocação, por quanto lhe ficará cada banda se quiser que eles toquem por 2h?” [Após as contas] “Agora, considerando a distância, qual o preço por que ficará cada banda se só os quiser durante 1h.” [Tabela 2 é apresentada] “Entretanto as três bandas propuseram-lhe um acordo. Se tocarem mais de uma hora, por cada minuto extra após uma hora de concerto eles descontam-lhe os valores aqui assinalados por minuto. Considerando isto qual será a banda(s) que ficara mais barata se quiser que toque 1h:30. E se quiser que toquem 2h.”

[Tabela 3 é apresentada] “Depois de alguma deliberação, decidi que o melhor seria as bandas tocarem duas horas. Com esta decisão, foi-lhe apresentado um relatório onde consta os preços das bandas atuarem mais uns custos adicionais associados a cada uma. Vou-lhe pedir que veja os valores e tente-os memorizar.” [Tabela 4 é apresentada] “Porque agora tenho esta tabela final e antes de assinar para efetivar um dos contratos quero que verifique se os custos adicionais estão corretamente associados a cada uma das bandas.” [Depois de corrigir os valores] “Por último, quero que verifique se o valor total está correto.”

**Memória de Trabalho:** “Agora vou-lhe mostrar vários cartazes. O que quero que me diga é se o cartaz que lhe estou a apresentar é igual ou diferente ao último que lhe apresentei.”

**Fluência Verbal:** “Agora quero que escreva todas as palavras que se conseguir lembrar que estão associadas com música.” “Agora quero que escreva todas as palavras que se conseguir lembrar que estão associadas com jogo.” “Agora quero que escreva todas as palavras que se conseguir lembrar que estão associadas com igreja.” [Indicando para uma palavra] “Quero que me diga outras palavras que começam com essa letra. Não precisando de estar associadas a nenhum destes grupos.”

<b>Dias Horas</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>	<b>Sábado</b>
<b>10h00-11h00</b>	Missa das Associações		Missa na igreja matriz		Missa	Missa dos Enfermeros
<b>11h00-15h00</b>	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
<b>15h00-16h00</b>	Missa/Procissão			Missa		
<b>16h00-17h00</b>		Missa Solene	Festival Luso-Galaico		Missa na Capela	Procissão Solene
<b>17h00-18h00</b>	Banda Musical	Coro da Catequese	Festival Luso-Galaico		Procissão no adro	
<b>18h00-19h00</b>	Banda Musical		Missa da Confraria	Coro de Campanhã		
<b>19h00-20h00</b>		Missa na Matriz		Banda Musical	Procissão das Velas	Fogo de Artifício

# Reabilitação Cognitiva (31/1/2022)

1

- ## Entretenimento Disponível
- Ana Malhoa (1h-5h pode segunda e sexta);
  - Paulo Gonzo (30m-5h pode terça depois do almoço);
  - Pedro Abrunhosa (30m);
  - Rosinha (30m-5h pode terça e quinta);
  - Maria Lisboa (3h);
  - Toy (1h-5h pode depois de almoço);
  - Tony Carreira (2h-5h pode terça e quinta; -Pode atuar em horas separadas mas no mesmo dia - 5h pode depois de almoço);
  - Quim Barreiros (1h-5h pode terça e sexta; -5h pode depois de almoço);
  - Sérgio Rossi (30m-5h pode quinta e sexta);
  - Bernardo Soares (30m);
  - Carmela Mel (1h30m);
  - Rancho de Campanhã (30m);
  - Rancho de Vila Franca de Xira (30m);
  - Rancho de Arregaça (30m);
  - Rancho de Cantanhede (30m);
- Tem que atuar no mesmo dia

4

Banda 1	Banda 2	Banda 3
73€/Hora	67€/Hora	69€/Hora
2€/Km	3€/Km	3€/Km
Distância (28Km)	Distância (22Km)	Distância (18Km)

7

# Planeamento

2

Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
10h00-11h00	Missa das Associações		Missa na Igreja matriz	4/9	Missa	Missa dos Enfermeiros
11h00-15h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
15h00-16h00	Missa/Processão	2/3	12/13	Missa	8	6
16h00-17h00	7	Missa Solene	Festival Luso-Galico	11	Missa na Capela	Processão Solene
17h00-18h00	Banda Musical	Coro da Catequese	Festival Luso-Galico	11/10	Processão no adro	5
18h00-19h00	Banda Musical		Missa da Confraria	Coro de Campanhã	1	5
19h00-20h00	7	Missa na Matriz	14/15	Banda Musical	Processão das Velas	Fogo de Artifício

5

Banda 1	Banda 2	Banda 3
73€/Hora	67€/Hora	69€/Hora
Preço por 2 horas= 146€	Preço por 2 horas= 134€	Preço por 2 horas= 138€
2€/Km	3€/Km	3€/Km
Distância (28Km)	Distância (22Km)	Distância (18Km)
Valor total= 129€	Valor total= 133€	Valor total= 120€

8

Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
10h00-11h00	Missa das Associações		Missa na Igreja matriz		Missa	Missa dos Enfermeiros
11h00-15h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
15h00-16h00	Missa/Processão			Missa		
16h00-17h00		Missa Solene	Festival Luso-Galico		Missa na Capela	Processão Solene
17h00-18h00	Banda Musical	Coro da Catequese	Festival Luso-Galico		Processão no adro	
18h00-19h00	Banda Musical		Missa da Confraria	Coro de Campanhã		
19h00-20h00		Missa na Matriz		Banda Musical	Processão das Velas	Fogo de Artifício

3

# Cálculo

6

Banda 1	Banda 2	Banda 3
73€/Hora	67€/Hora	69€/Hora
2€/Km	3€/Km	3€/Km
Distância (28Km)	Distância (22Km)	Distância (18Km)
-0,67/Minuto	-0,7€/Minuto	-0,3€/Minuto

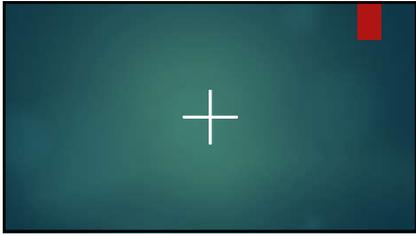
9

Banda 1	Banda 2	Banda 3
75€/Hora	67€/Hora	69€/Hora
2€/Km	3€/Km	3€/Km
Distância (28Km)	Distância (22Km)	Distância (18Km)
-0,40/Minuto	-0,70/Minuto	-0,30/Minuto
1930 (111€)	1030 (112€)	1030 (112€)
2h00 (93€)	2h00 (91€)	2h00 (102€)

10

Banda 1	Banda 2	Banda 3
2h00 (93€)	2h00 (91€)	2h00 (102€)
Custos Adicionais (30,75€)	Custos Adicionais (28,5€)	Custos Adicionais (24,75€)
Total= 123,75€	Total= 119,5€	Total= 126,75€

13



16

Banda 1	Banda 2	Banda 3
2h00 (93€)	2h00 (91€)	2h00 (102€)
Custos Adicionais (30,75€)	Custos Adicionais (28,5€)	Custos Adicionais (24,75€)

11

Memória de Trabalho

14



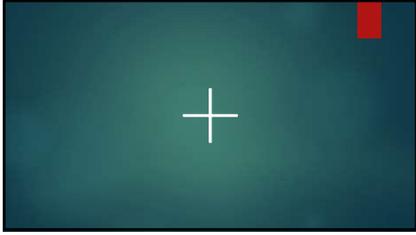
17

Banda 1	Banda 2	Banda 3
2h00 (93€)	2h00 (91€)	2h00 (102€)
Custos Adicionais (24,75€)	Custos Adicionais (20,75€)	Custos Adicionais (28,5€)
Total= 121,75€	Total= 119,5€	Total= 129,75€

12



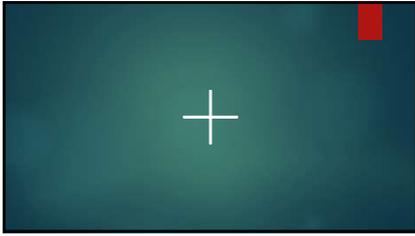
15



18



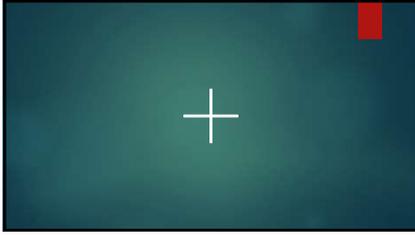
19



22



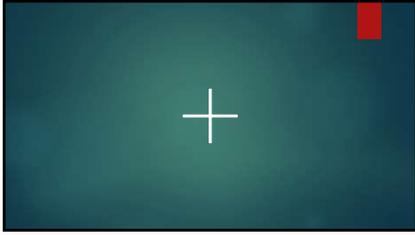
25



20



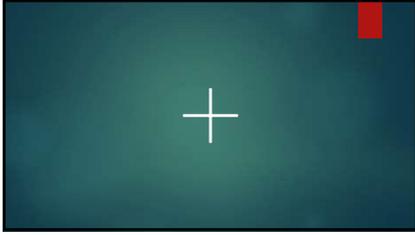
23



26



21



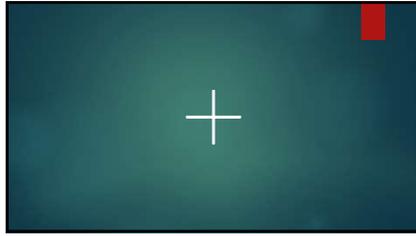
24



27



28



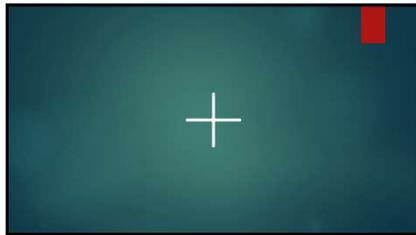
31



34



29



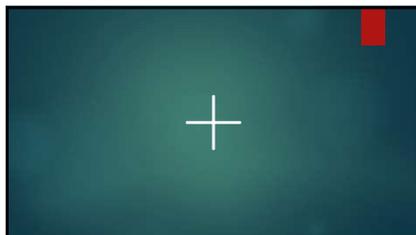
32



35



31



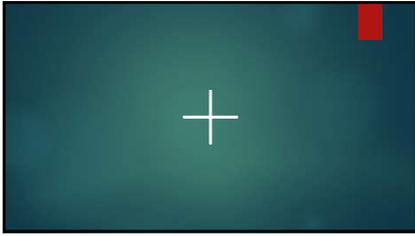
24



27



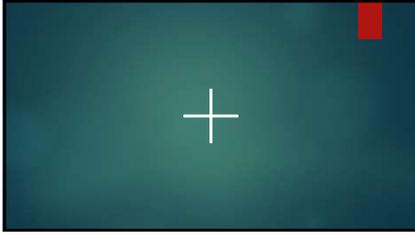
37



40



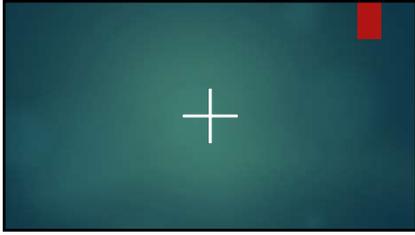
43



38



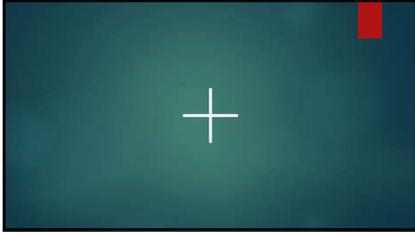
41



44



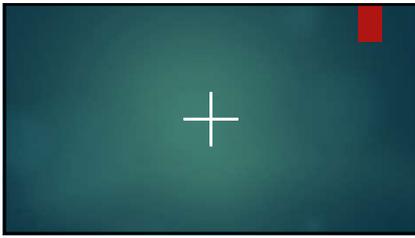
39



42



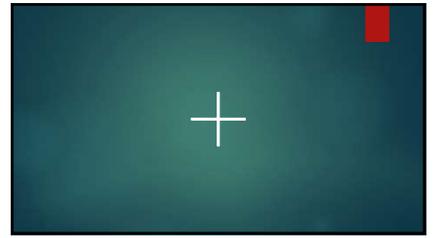
45



46



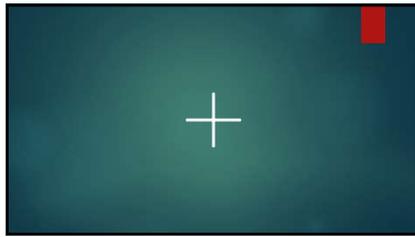
49



52



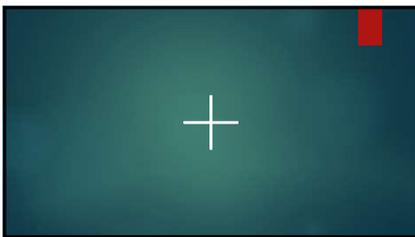
47



50



53



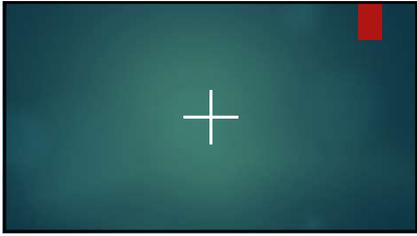
48



51



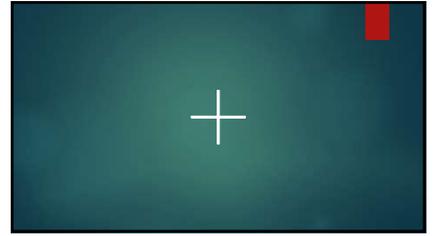
54



55



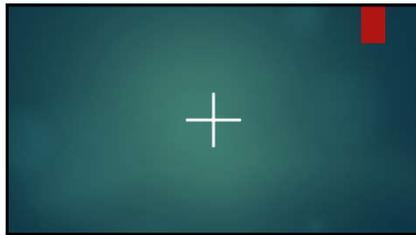
58



61



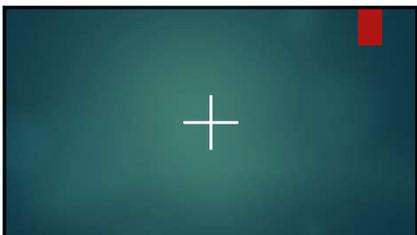
56



59



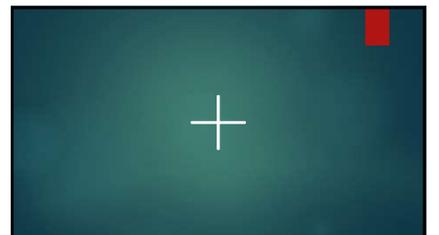
62



57



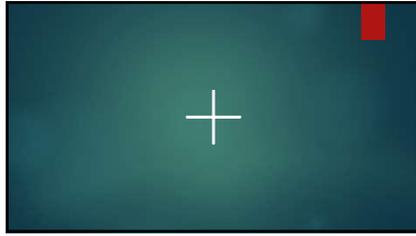
60



63



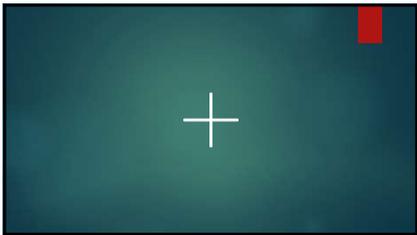
64



67



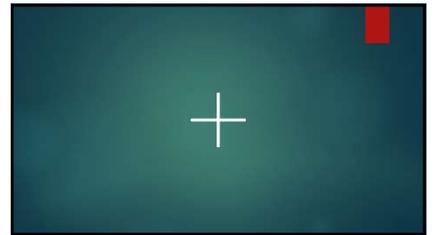
70



65



68



71



66



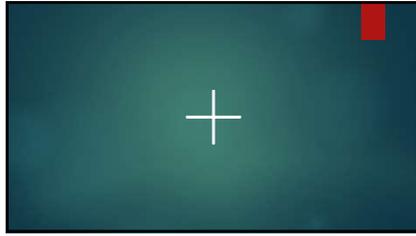
69



72



73



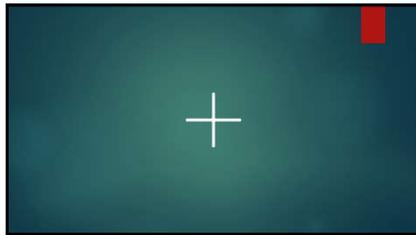
76



79



74



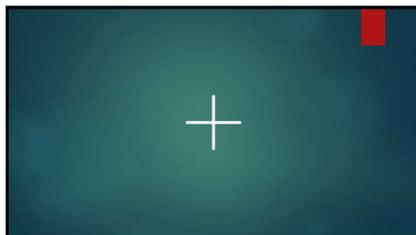
77



80



76



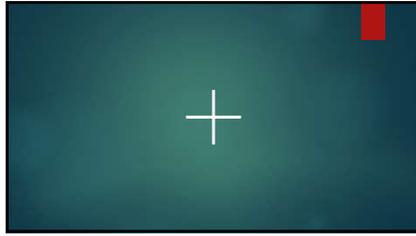
69



72



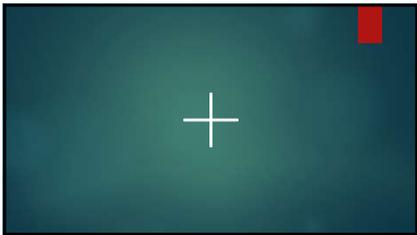
82



85



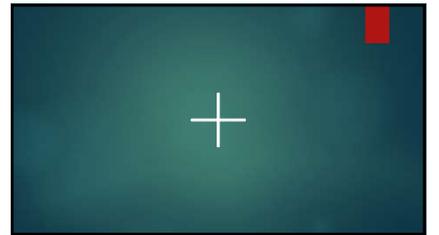
88



83



86



89



86



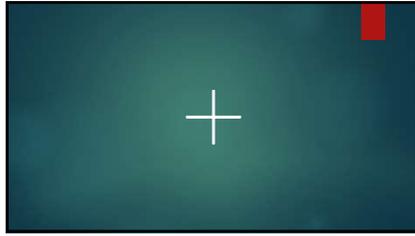
69



72



91



94



97



92



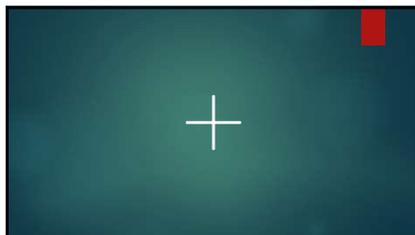
95



98



96



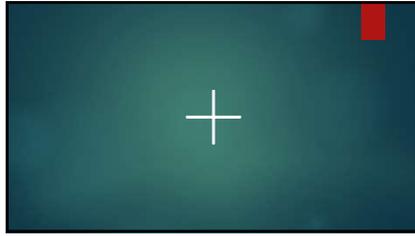
69



72



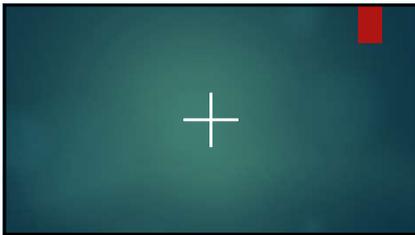
100



103



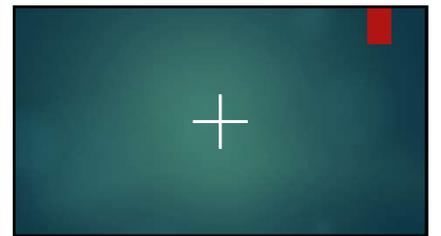
106



101



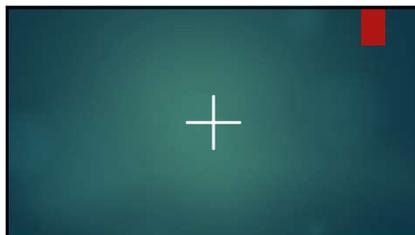
104



107



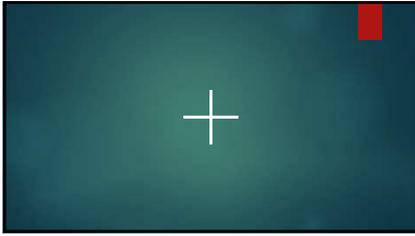
102



105



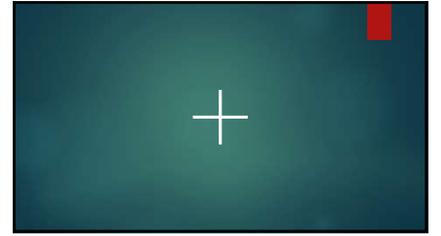
108



109



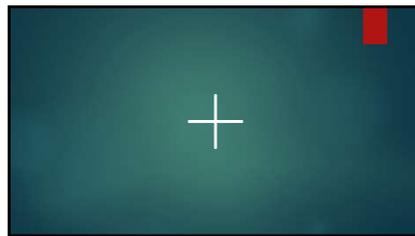
112



115



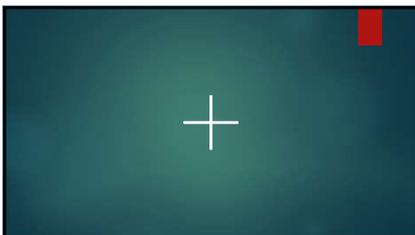
110



113



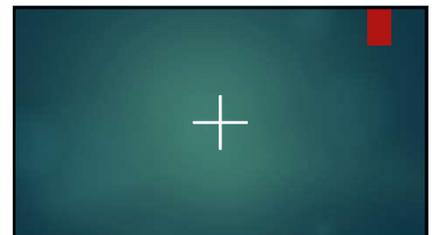
116



111



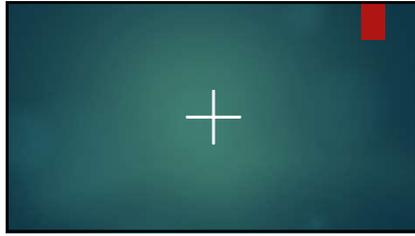
114



117



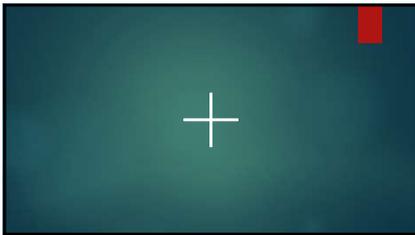
118



121



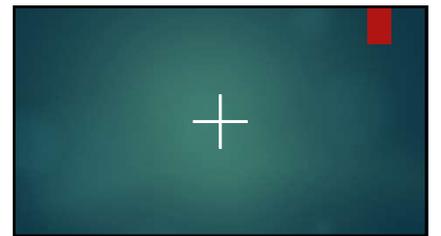
124



119



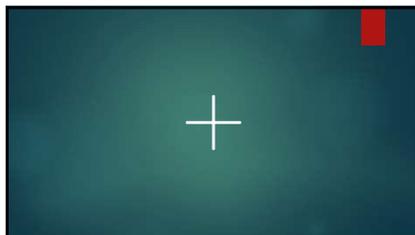
122



125



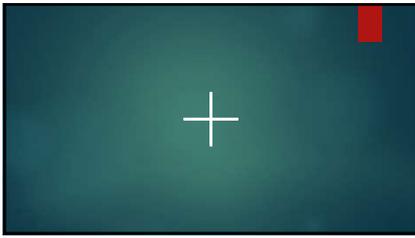
120



123



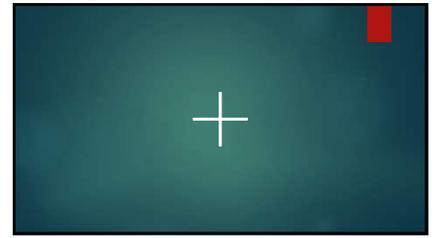
126



127



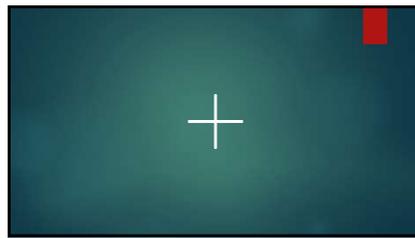
130



133



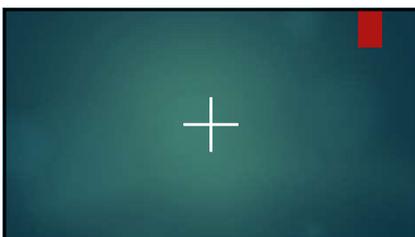
128



131



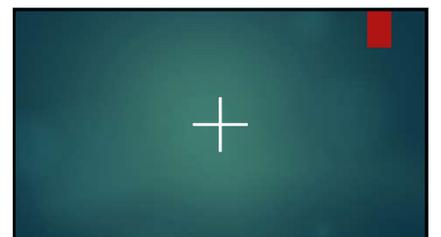
134



129



132



135



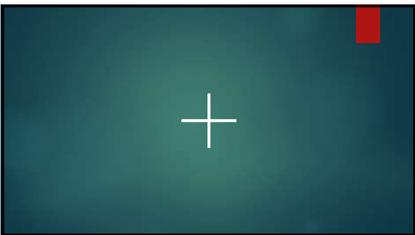
136

Fluência Verbal

139

Palavras relacionados com igreja

142



137

Palavras relacionados com música

140



138

Palavras relacionados com jogo

141

## **Anexo III**

### **Atividade de Reabilitação Cognitiva B**

## Reabilitação Cognitiva (Carros)

**Funções Cognitivas Principais:** Capacidades VisuoPerceptivas; Cálculo; Escrita; Memória Verbal; Fluência Verbal; Planeamento.

**Funções Cognitivas Secundárias:** Atenção Sustentada; Atenção Seletiva; Leitura; Memória de Trabalho; Flexibilidade Cognitiva.

**Formato:** Papel e Lápis; Digital.

**Objetivos da atividade:** Estimular as funções acima mencionadas, através de estímulos que sejam do interesse do sujeito.

**Descrição dos Exercícios:** O primeiro exercício de capacidades visuoperceptivas, está dividido em quatro níveis, com três alíneas cada. A progressão da dificuldade é feita em função do número de carros apresentados, no nível 1 são 12, no nível 2 são 14, no nível 3 são 16 e no nível 4 são 18. À pessoa é pedido que encontre o carro que está mais próximo aos carros que aparecem na figura antes de apresentar o slide onde estão dispersos os vários carros. Há vários carros diferentes, cada um com duas cópias de si, inclusive o carro destacado no slide anterior. A pessoa terá que encontrar os dois carros assinalados previamente, e depois, terá que indicar qual o carro que está mais próximo de um e do outro.

O segundo exercício é de cálculo, onde inicialmente é apresentada uma tabela onde constam os preços para pôr um pneu novo no carro e o preço cobrado para alinhar a direção, por três oficinas distintas. Para esta primeira tabela, a pessoa terá que calcular o valor que terá de pagar se quiser substituir dois, três e quatro pneus nas diferentes oficinas e se quiser substituir um pneu e alinhar a direção. Sendo depois perguntado qual o mais barato e qual o mais caro, para os diferentes cálculos. A segunda tabela apresentada, adiciona o facto de que se substituir o pneu e alinhar a direção na mesma oficina terá um desconto. A pessoa é depois questionada qual será a oficina com o serviço mais barato e qual a com o serviço mais caro. A terceira tabela passa a ser referente apenas ao preço dos pneus. Nesta tabela, cada oficina fornece na compra de um pneu, um desconto adicional a cada pneu comprado subsequentemente, ou seja, o desconto só abrange o segundo, terceiro e quarto pneu, sendo o primeiro pago sempre por inteiro. Aqui é questionado qual a oficina em que é mais barato comprar dois pneus, comprar três e quatro pneus. A quarta tabela, tem o orçamento fornecido por cada oficina para uma reparação do carro, juntamente com o plano de pagamento. À pessoa é lhe dito que só pode gastar 30€ por mês no carro. Posto este orçamento, é questionado qual o plano que lhe permite pagar 30€ por mês.

O terceiro exercício é de memória verbal. São apresentados um conjunto de palavras, que das quais algumas são retiradas. A pessoa terá que memorizar quais as palavras inicialmente apresentadas para identificar as que foram omitidas. No primeiro nível são apresentadas quatro palavras, sendo omitida uma. No segundo níveis são apresentadas cinco palavras, sendo omitida uma. No terceiro nível são apresentadas cinco palavras, sendo omitidas duas palavras. No quarto nível são apresentadas seis

palavras, sendo omitidas duas palavras. No quinto nível são apresentadas seis palavras, sendo omitidas três palavras. Cada nível é composto por três alíneas.

O quarto exercício é de escrita/fluência verbal. Neste exercício é pedido à pessoa que enumere todas as palavras que se conseguir lembrar relacionadas com carro, mínimo 10, e que as escreva numa folha. Depois de feito esta parte do exercício, são usadas as palavras escritas pela pessoa, para lhe pedir para enumerar todas as palavras que se conseguir lembrar, mínimo cinco, que comecem pela letra da palavra assinalada.

O quinto exercício é de planeamento. É apresentado um mapa com diferentes localizações que a pessoa tem de visitar, podendo apenas passar uma vez por cada caminho, e mais que uma vez nos locais assinalados a cinzento, tendo que começar sempre na casa. No mapa estão 8 localizações que são a Shopping, o hospital, o restaurante, o hotel, a casa, o parque, o aeroporto e o supermercado. A pessoa pode dirigir-se aos locais indicados pela ordem que achar mais correta, considerando as regras dadas. É dada a possibilidade à pessoa de corrigir o percurso. Os locais que a pessoa tem que visitar são contextualizados dentro de uma pequena narrativa.

### **Sugestões**

No segundo exercício caso haja dificuldades, poder-se-á dar uma indicação no que toca às contas a fazer.

No terceiro exercício caso haja dificuldades poderão ser dadas opções de resposta.

No quarto exercício caso haja dificuldades poder-se-á dar pistas para as palavras. No caso de o exercício ser fácil, poder-se-á perguntar por mais palavras, tanto relacionadas com carros, como palavras que começam com a letra selecionada.

Para o quinto exercício caso haja dificuldades na realização poder-se-á retirar a regra de ter de passar apenas uma vez pelo mesmo sítio, fora dos locais que o permitam.

### **Indicações**

**Visuoperceptivas:** “Vou-lhe mostrar uma página com vários carros dispersos. E um dos carros que vão estar presentes na folha é este.” [Apresentar o slide com o carro procura e com a instrução] “Vai haver dois desses carros, e o que eu quero que faça é que os encontre e depois me diga qual o carro que situa mais perto de um e depois do outro.”

**Cálculo:** [Na tabela 1] “Vamos imaginar que queria substituir os pneus do seu carro, e por isso vai a três oficinas diferentes, para obter os preços e quando está lá decide ainda ver os preços que levam para alinhar a direção. Aqui, o que vou querer que faça é, calcular qual o preço se quisesse comprar dois pneus, depois três pneus e por último quatro pneus, nas três diferentes oficinas.” “Caso só queira um pneu e queira alinhar a direção, qual é a oficina onde fazer ambos fica mais cara e a onde fica mais barata.”

[Na tabela 2] “Entretanto descobre que as três oficinas têm uma promoção, que se comprar um pneu e alinhar a direção no mesmo sítio, tem direito a um desconto. Tendo em conta este desconto, quero que me indique qual é a oficina em que lhe fica mais barato comprar o pneu e alinhar a direção. E a que oferece o produto mais caro?”

[Na tabela 3] “Agora vamos por de lado o alinhamento da direção e vamos focar nos pneus do seu carro. Agora há uma promoção, onde na compra do primeiro pneu, os pneus que comprar a seguir terão um desconto. Ou seja, nesta oficina 1, o primeiro pneu custar-lhe-ia 60€, mas o segundo já teria um desconto de 15€ e na compra do terceiro já teria outro desconto de 15€ e por aí adiante. O que lhe vou pedir é que me diga qual é a oficina que oferece o melhor preço na compra de dois pneus, na compra de três pneus e na compra de quatro pneus.”

[Na tabela 4] “Agora imaginemos que tinha ido a três oficinas diferentes para pedir um orçamento para uma reparação no carro. Para além dos preços foi-lhe ainda dado os planos de pagamento. Imaginemos que apenas tem 30€ por mês para gastar no carro, qual é a oficina que lhe permite pagar o serviço com estes 30€.”

**Memória Verbal:** ““Vou-lhe apresentar um conjunto de palavras que quero que memorize. Porque depois vou-lhe mostrar as mesmas palavras só que uma ou mais estarão omissas e vou querer que me diga qual ou quais são as palavras que estão em falta.”

**Escrita/fluência verbal:** “Vou-lhe agora pedir que me diga o maior número de palavras que se conseguir lembrar que estão associadas a carro e à medida que vai dizendo vai escrevendo as palavras.” “Agora vamos ver as palavras que escreveu. Porque eu vou pedir que me diga algumas palavras que começam pela letra que inicia esta palavra.”

**Planeamento:** ““Vou-lhe apresentar um mapa de uma região com vários locais [enumera os locais]. Vamos imaginar que é taxista e que os clientes lhe pedem para ir a determinados locais, contudo há regras que precisa de obedecer. A primeira é que não pode passar pela mesma rota duas vezes. Os únicos locais por onde pode passar por mais de duas vezes são as áreas assinaladas a cinzento. A segunda regra é que tem de começar sempre na casa. Caso verifique que cometeu algum erro pode apagar e começar de novo.” [Entre cada nível é dada a indicação que é um novo dia]

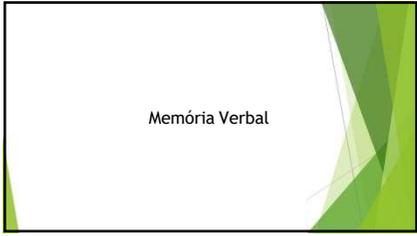
**Nível 1-** “Um cliente pediu-lhe para levá-lo ao hospital.” “Outro cliente pediu uma viagem para o shopping.”

**Nível 2-** “Hoje teve mais um cliente para o hospital.” “Um cliente pediu-lhe para levá-lo ao hotel.”

**Nível 3-** “Precisou de levar um cliente ao parque.” “Outro cliente estava com alguma pressa para ir ao restaurante.” “Precisou de levar outro cliente ao hotel.” “Um cliente pediu ainda que o levasse ao mercado.”

**Nível 4-** “Teve mais um pedido para ir ao mercado” “Hoje precisou de levar um cliente ao hospital” “Teve que levar um cliente ao restaurante.” “Teve ainda que levar um cliente ao shopping.”

**Nível 5-** “Teve que levar um cliente ao mercado.” “Teve que levar um estrangeiro ao hotel.” “Levou um cliente que estava com pressa para chegar ao aeroporto.” “Levou ainda um cliente ao shopping.”



1



4



7



2



5



8



3



6



9

Carrinha – Táxi – Estrada - Carro

10

Táxi – Condução – ? - Volante

13

Motor – Estrada – Volante – Atrelado - Camião

16

Táxi – Condução – Atrelado - Volante

11

Táxi – Condução – Atrelado - Volante

14

17

12

Nível 2

15

Motor – ? – Volante – Atrelado - Camião

18

Motor – Estrada – Volante – Atrelado - Camião

19

Táxi – Estrada – ? – Camião - Carro

22

25

Táxi – Estrada – Condução – Camião - Carro

20

Táxi – Estrada – Condução – Camião - Carro

23

Atrelado – Motor – Volante – ? - Pneu

26

21

Atrelado – Motor – Volante – Carrinha - Pneu

24

Atrelado – Motor – Volante – Carrinha - Pneu

27



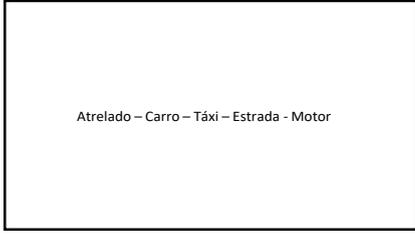
28



31



34



29



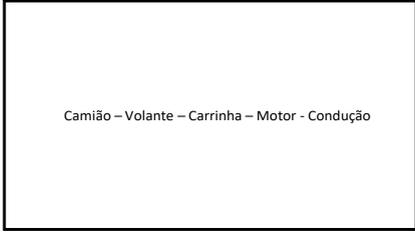
32



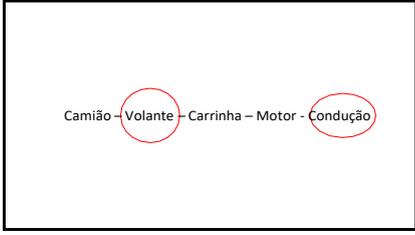
35



30



33



36

Táxi - Condução - Atrelado - Carro - Pneu

37

Táxi - Condução - Atrelado - Carro - Pneu

40

43

38

Nível 4

41

Táxi - ? - Volante - ? - Motor - Atrelado

44

Táxi - ? - ? - Carro - Pneu

39

Táxi - Estrada - Volante - Camião - Motor - Atrelado

42

Táxi - Estrada - Volante - Camião - Motor - Atrelado

45

Estrada – Condução – Volante – Carrinha – Pneu - Atrelado

46

Estrada – Condução – Volante – Carrinha – Pneu - Atrelado

49

Táxi – Condução – ? – Carro – ? - Volante

52

47

Táxi – Condução – Camião – Carro – Pneu - Volante

50

Táxi – Condução – Camião – Carro – Pneu - Volante

53

? – Condução – Volante – Carrinha – Pneu - ?

48

51

Nível 5

54

Carro – Volante – Carrinha – Motor – Atrelado – Táxi

55

Carro – Volante – Carrinha – Motor – Atrelado – Táxi

58

? – ? – Estrada – Carro – Atrelado – ?

61

56

Carrinha – Táxi – Estrada – Carro – Atrelado – Motor

59

Carrinha – Táxi – Estrada – Carro – Atrelado – Motor

62

Carro – ? – ? – Motor – Atrelado – ?

57

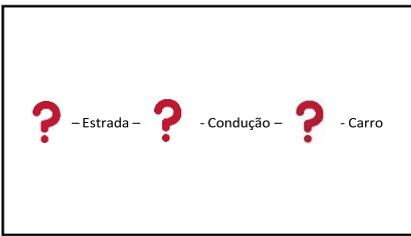
60

Táxi – Estrada – Pneu – Condução – Camião – Carro

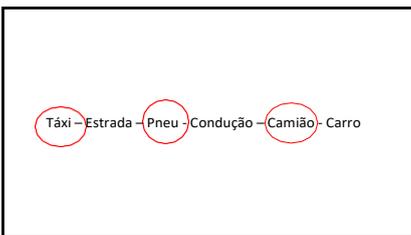
63



64



65



66

Capacidades Visuo-percetivas

1



4



7

Nível 1

2



5



8

Quais os carros que estão mais próximos deste ?

3



6



9

Nível 2

10



13



16

Quais os carros que estão mais próximos deste ?

11



14



17



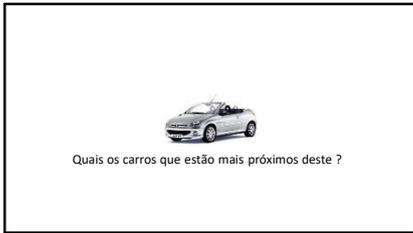
12



15

Nível 3

18



19



22



25



20



23



26



21



24



27



28



31

Cálculo

34



29



32

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Praseu (604)	1 Praseu (644)	1 Praseu (624)
Alinhar a direção (274)	Alinhar a direção (214)	Alinhar a direção (244)

35



30



33

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Praseu (604)	1 Praseu (644)	1 Praseu (624)
2 Praseu (1204)	2 Praseu (1284)	2 Praseu (1244)
3 Praseu (1804)	3 Praseu (1924)	3 Praseu (1884)
4 Praseu (2404)	4 Praseu (2564)	4 Praseu (2484)
Alinhar a direção (274)	Alinhar a direção (214)	Alinhar a direção (244)
Praseu + Direção (874)	Praseu + Direção (854)	Praseu + Direção (864)

36

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Pneú (64)	1 Pneú (64)	1 Pneú (64)
Alinhar a direção (274)	Alinhar a direção (214)	Alinhar a direção (144)
Se comprar ambos (-334)	Se comprar ambos (-84)	Se comprar ambos (-74)

37

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Pneú (64)	1 Pneú (64)	1 Pneú (64)
Redução por pneu adicional (-254)	Redução por pneu adicional (-174)	Redução por pneu adicional (-184)
2 Pneus (1204)	2 Pneus (1214)	2 Pneus (1004)
3 Pneus (1504)	3 Pneus (1584)	3 Pneus (1504)
4 Pneus (1954)	4 Pneus (2054)	4 Pneus (1944)

40

Memória Verbal

43

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Pneú (64)	1 Pneú (64)	1 Pneú (64)
Alinhar a direção (274)	Alinhar a direção (214)	Alinhar a direção (244)
Se comprar ambos (-324)	Se comprar ambos (-84)	Se comprar ambos (-74)
Total (754)	Total (774)	Total (794)

38

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
Orçamento (1794)	Orçamento (1604)	Orçamento (1844)
5 Prestaç/Ser/Mês	4 Prestaç/Ser/Mês	8 Prestaç/Ser/Mês

41

Nível 1

44

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
1 Pneú (64)	1 Pneú (64)	1 Pneú (64)
Redução por pneu adicional (-254)	Redução por pneu adicional (-174)	Redução por pneu adicional (-184)

39

Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3
Orçamento (1794)	Orçamento (1604)	Orçamento (1844)
1 Prestaç/Ser/Mês	4 Prestaç/Ser/Mês	8 Prestaç/Ser/Mês
354/Mês	404/Mês	284/Mês

42

Carro – Camião – Volante – Atrelado

45



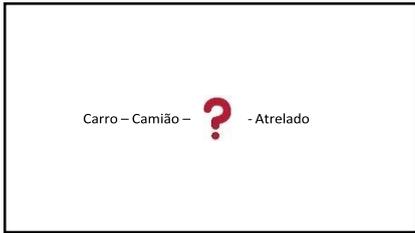
46



49



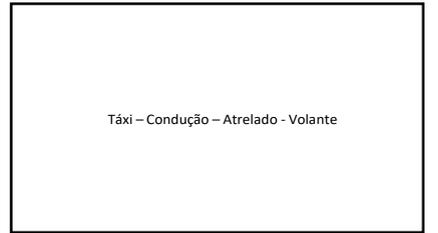
52



47



50



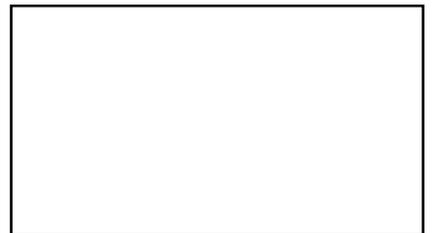
53



48



51



54

Táxi – Condução – ? - Volante

55

Motor – Estrada – Volante – Atrelado - Camião

58

Motor – Estrada – Volante – Atrelado - Camião

61

Táxi – Condução – Atrelado - Volante

56

59

Táxi – Estrada – Condução – Camião - Carro

62

Nível 2

57

Motor – ? – Volante – Atrelado - Camião

60

63

Táxi – Estrada – ? – Camião - Carro

64

67

Nível 3

70

Táxi – Estrada – Condução – Camião - Carro

65

Atrelado – Motor – Volante – ? - Pneu

68

Atrelado – Carro – Táxi – Estrada - Motor

71

Atrelado – Motor – Volante – Carrinha - Pneu

66

Atrelado – Motor – Volante – Carrinha - Pneu

69

72

? - Carro - ? - Estrada - Motor

73

76

Táxi - Condução - Atrelado - Carro - Pneu

79

Atrelado - Carro - Táxi - Estrada - Motor

74

Camião - ? - Carrinha - Motor - ?

77

80

Camião - Volante - Carrinha - Motor - Condução

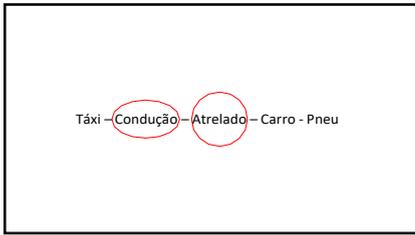
75

Camião - Volante - Carrinha - Motor - Condução

78

Táxi - ? - ? - Carro - Pneu

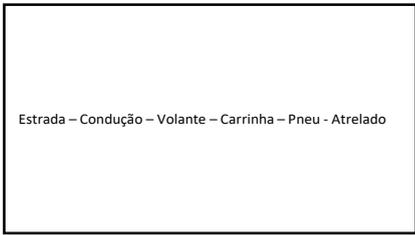
81



82



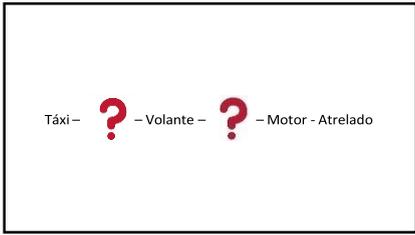
85



88



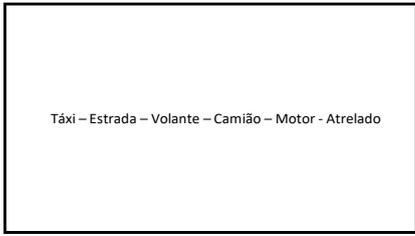
83



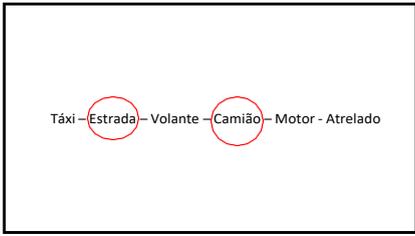
86



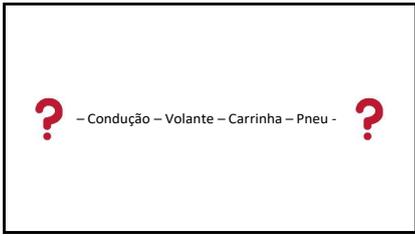
89



84



87



90

Estrada - Condução - Volante - Carrinha - Pneu - Atrelado

91

Táxi - Condução - ? - Carro - ? - Volante

94

Carro - Volante - Carrinha - Motor - Atrelado - Táxi

97

Táxi - Condução - Camião - Carro - Pneu - Volante

92

Táxi - Condução - Camião - Carro - Pneu - Volante

95

98

93

Nível 5

96

Carro - ? - ? - Motor - Atrelado - ?

99

Carro - Volante - Carrinha - Motor - Atrelado - Táxi

100

? - ? - Estrada - Carro - Atrelado - ?

103

106

Carrinha - Táxi - Estrada - Carro - Atrelado - Motor

101

Carrinha - Táxi - Estrada - Carro - Atrelado - Motor

104

? - Estrada - ? - Condução - ? - Carro

107

102

Táxi - Estrada - Pneu - Condução - Camião - Carro

105

Táxi - Estrada - Pneu - Condução - Camião - Carro

108



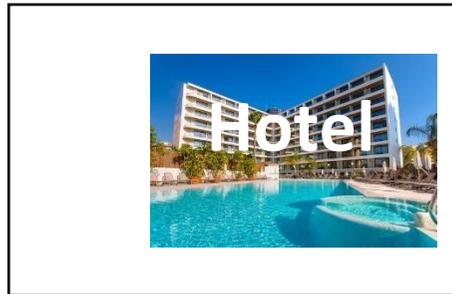
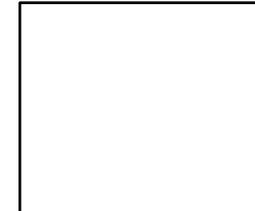
Shopping



Hospital



Restaurante



Hotel



Casa



Parque



Aeroporto



Mercado

## **Anexo IV**

### **Atividade de Reabilitação Cognitiva C**

## **Reabilitação Cognitiva (Livros)**

**Funções Cognitivas Principais:** Atenção Seletiva; Leitura; Cálculo; Raciocínio Lógico; Memória Verbal; Fluência Verbal Fonémica.

**Funções Cognitivas Secundárias:** Atenção Sustentada; Memória de Longo Prazo.

**Formato:** Digital/Papel e Lápis.

**Objetivo dos exercícios:** Estimular as funções acima mencionadas, recorrendo a estímulos que sejam do interesse da pessoa.

**Descrição dos exercícios:** No primeiro exercício de atenção seletiva, é dado um texto à pessoa, sendo pedido para assinalar certas letras, sempre que estas apareçam no texto, e no final contar quantas delas existem no texto. As palavras são S, N, M e C. Após a identificação de cada letra, é pedido à pessoa que enumere palavras que comecem com aquela letra.

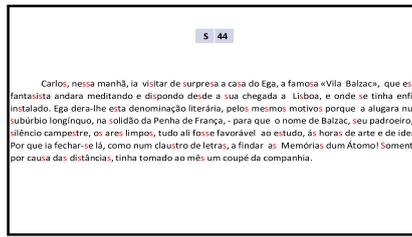
No exercício de raciocínio lógico/cálculo, são dados os nomes de vários escritores portugueses com a idade que morreram. Nas outras duas colunas estão as suas datas de nascimento e as datas em que faleceram. A pessoa terá que usar esta informação para corretamente associar o escritor às datas que lhe correspondem.

No terceiro exercício de memória verbal, é dado um texto com algumas palavras destacadas a vermelho. Após uma leitura inicial do mesmo, serão retiradas as letras assinaladas e a pessoa terá que completar os espaços que estão em falta. Esta tarefa é realizada logo após a leitura inicial e depois da última atividade de cálculo.

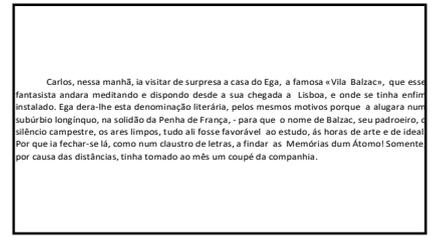
No quarto exercício de cálculo, são dados os custos de livros de aventura, históricos e científicos de três livrarias. Para a primeira tabela é questionado qual os preços que fica a compra dos três tipos diferentes de livros nas diferentes livrarias. É depois introduzido o desconto por livro, que se aplica à compra de todos os livros a partir do primeiro, para cada categoria de livro. É depois questionado se a pessoa quiser comprar três livros de aventura qual a livraria que os vende mais baratos tendo em conta o desconto. A mesma pergunta é feita no caso de serem comprados seis livros. A última pergunta que recorre a esta tabela, questiona qual a livraria onde fica mais barato comprar três livros históricos e um científico, tendo em consideração o desconto. Na segunda tabela é eliminado a variável desconto e é introduzido o passe anual. É dado o cenário à pessoa que compra dois livros de aventura por mês todos os meses. E que considerando isto, é questionado se o passe compensa ser comprado em alguma livraria.



1



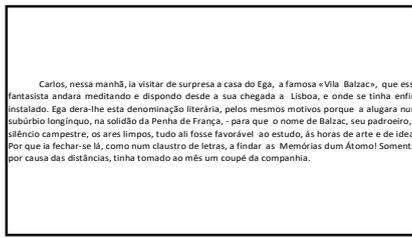
4



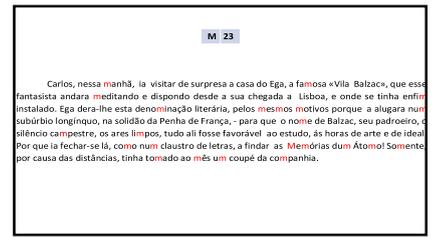
7



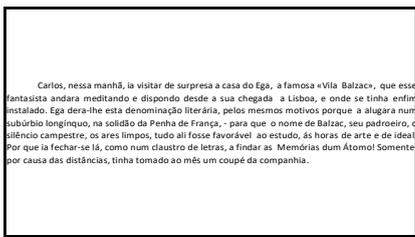
2



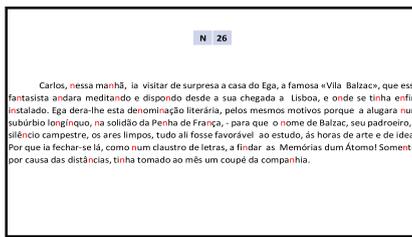
5



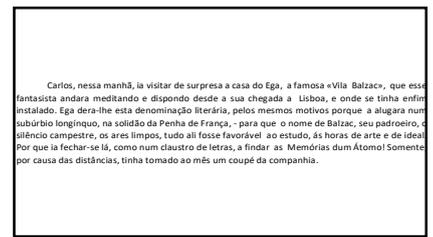
8



3



6



9

C 14

Carlos, nessa manhã, la voltar de surpresa a casa do Ego, a famosa «Vila Balzac», que esse fantasista andara meditando e dispondo desde a sua chegada a Lisboa, e onde se tinha enfim instalado. Ega dera-lhe esta denominação literária, pelos mesmos motivos porque a alugara num subúrbio longínquo, na solidão da Penha de França, - para que o nome de Balzac, seu padroeiro, o silêncio campestre, os ares limpos, tudo ali fosse favorável ao estudo, às horas de arte e de ideal. Por que la fechar-se lá, como num claustro de letras, a findar as Memórias dum Atômio somente por causa das distâncias, tinha tomado ao mês um coupé da companhia.

10

Memória Verbal

13

Cálculo

16

Raciocínio Lógico/Cálculo

11

Esta história, que eu ouvi há muitos anos, nunca mais me deixou. Meu Deus o que eu teria gostado de, aos cinco anos, viajar à China com o meu pai. Ou sozinho. O problema é que não conheço muito bem o caminho, não estou certo se para a China se via antes ou depois do **Marquês de Pombal**, se é necessário **passar** pelo **Areeiro**, se há uma seta nos **Olivais** com a palavra **China** por **baixo**, se algum ramal do metro nos **conduz** até lá. Não conheço nenhum mapa que nos ajude esses **aparelhos** com uma voz que explica tudo calam-se acerca do assunto, parece que o **mundo** inteiro anda a **esconder** a China de mim.

14

Livreria 1	Livraria 2	Livraria 3
Aventura- 5,20€	Aventura- 5,30€	Aventura- 5,40€
Históricas- 4,80€	Históricas- 4,85€	Históricas- 4,90€
Científicas- 6,35€	Científicas- 6,60€	Científicas- 6,50€
Desconto por livro adicional- 0,12€	Desconto por livro adicional- 0,22€	Desconto por livro adicional- 0,18€

17

Eça de Queiroz (54A)	8/12/1894	18/9/1900
Sophia de Mello Breyer (85A)	19/1/1923	1/6/1890
Camilo Castelo Branco (85A)	4/2/1799	2/7/2004
Florbela Espanca (36A)	13/6/1888	12/2/1995
Fernando Pessoa (87A)	12/9/1907	30/11/1935
Miguel Torga (87A)	4/11/1915	8/12/1930
Espínola de Andrade (82A)	16/3/1825	13/6/2005
Almeida Garrett (55A)	25/11/1900	9/12/1854

12

Esta \_\_\_\_\_, que eu ouvi há muitos anos, nunca mais me deixou. Meu Deus o que eu teria gostado de, aos cinco anos, viajar à \_\_\_\_\_ com o meu \_\_\_\_\_. Ou sozinho. O problema é que não conheço muito bem o \_\_\_\_\_, não estou certo se para a China se via antes ou depois do \_\_\_\_\_, se é necessário \_\_\_\_\_ pelo **Areeiro**, se há uma seta nos **Olivais** com a palavra **China** por \_\_\_\_\_, se algum ramal do metro nos \_\_\_\_\_ até lá. Não conheço nenhum mapa que nos ajude, esses \_\_\_\_\_ com uma voz que explica tudo calam-se acerca do assunto, parece que o mundo inteiro anda a \_\_\_\_\_ a China de mim.

15

Livraria 1	Livraria 2	Livraria 3
Aventura- 5,20€	Aventura- 5,30€	Aventura- 5,40€
Históricas- 4,80€	Históricas- 4,85€	Históricas- 4,90€
Científicas- 6,35€	Científicas- 6,60€	Científicas- 6,50€
Desconto por livro adicional- 0,12€	Desconto por livro adicional- 0,22€	Desconto por livro adicional- 0,18€
<b>Total: 16,35€</b>	<b>Total: 16,55€</b>	<b>Total: 16,3€</b>
3x Aventura: 15,6€ Com desconto: 15,36€	3x Aventura: 15,9€ Com desconto: 15,66€	3x Aventura: 16,2€ Com desconto: 15,96€
6x Aventura: 31,2€ Com desconto: 30,24€	6x Aventura: 31,8€ Com desconto: 30,78€	6x Aventura: 32,4€ Com desconto: 31,76€
3x Históricas + 1x Científico: 30,75€ Com desconto: 29,51€	3x Históricas + 1x Científico: 30,55€ Com desconto: 29,11€	3x Históricas + 1x Científico: 30,7€ Com desconto: 29,44€

18

Livreria 1	Livraria 2	Livraria 3
Aventura-5,20€	Aventura-5,30€	Aventura-5,40€
Histórica-4,80€	Histórica-4,95€	Histórica-4,40€
Científica-6,35€	Científica-6,50€	Científica-6,20€
Passo Anual: 125€/Ano	Passo Anual: 127€/Ano	Passo Anual: 130€/Ano

19

Esta \_\_\_\_\_, que eu ouvi há muitos anos, mais me deixou. Meu Deus o que eu teria \_\_\_\_\_de, aos cinco anos, viajar à \_\_\_\_\_com o meu \_\_\_\_ Ou sozinho. O problema é que não conheço muito bem o \_\_\_\_\_, não estou certo se para a China se vira antes ou depois de \_\_\_\_\_, se é necessário \_\_\_\_ pelo Areeiro, se há uma seta nos Olivais com a palavra China por \_\_\_\_\_se algum ramal do metro nos \_\_\_\_\_até lá. Não conheço nenhum mapa que nos ajude, esses \_\_\_\_\_com uma voz que explica tudo calam-se acerca do assunto, parece que o inteiro anda a \_\_\_\_\_a China de mim.

22

Livraria 1	Livraria 2	Livraria 3
Aventura-5,20€	Aventura-5,30€	Aventura-5,40€
Histórica-4,80€	Histórica-4,95€	Histórica-4,40€
Científica-6,35€	Científica-6,50€	Científica-6,20€
Passo Anual: 125€/Ano	Passo Anual: 127€/Ano	Passo Anual: 130€/Ano
Conta por ano: 124,84	Conta por ano: 127,24	Conta por ano: 129,64

20

Esta **história**, que eu ouvi há muitos anos, **nunca** mais me deixou. Meu Deus o que eu teria **gostado** de, aos cinco anos, viajar à **China** com o meu **pai**. Ou sozinho. O problema é que não conheço muito bem o **caminho**, não estou certo se para a China se vira antes ou depois do **Marquês de Pombal**, se é necessário **passar** pelo Areeiro, se há uma seta nos Olivais com a palavra China **por baixo**, se algum ramal do metro nos **conduz** até lá. Não conheço nenhum mapa que nos ajude, esses **aparelhos** com uma voz que explica tudo calam-se acerca do assunto, parece que o **mundo** inteiro anda a **esconder** a China de mim.

23



21

## **Anexo V**

# **Atividades de Reabilitação Cognitivas a Serem Realizadas no Domicílio**

Nome: \_\_\_\_\_

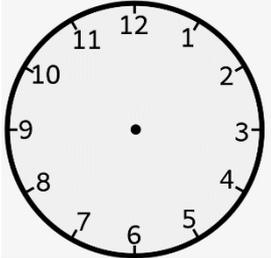
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_ (Dia) / \_\_\_\_ (Mês) / \_\_\_\_ (Ano)

Dia da semana: \_\_\_\_\_

Hora atual: \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Desenhar os ponteiros no relógio a marcar a hora atual



**A. Memória** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de armazenar informação)

**A.1.** Nesta atividade vai organizar uma ida a um restaurante com um grupo de pessoas. Em baixo tem o nome de pessoas que precisa de ligar mais tarde para lhe dizer qual o preço total do jantar. Tente memorizá-los porque mais tarde terá que saber quem são.

- Carla;
- João;
- Paulo;
- Maria João.

**B. Cálculo** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de resolver problemas matemáticos)

**B.1.** Em baixo, tem a lista de convidados juntamente com as suas preferências e o menu do restaurante. Usando a informação dada, responda às questões que lhe são postas.

- **Maria João-** Para entrada quer pão, patês, azeitonas e croquetes. E para prato principal vai comer a pizza de ananás. Para beber vai querer o rodízio de vinhos.
- **Mariana-** Para entrada vai querer azeitonas e croquetes. Para prato principal vai dividir a meio a massa carbonara com o Vítor e pediu ainda só para si uma taça de batatas fritas. E para sobremesa vai comer uma salada de fruta. Para beber vai querer o rodízio de vinhos.
- **Vítor-** Para entrada vai querer pão. Para prato principal vai dividir a meio a massa carbonara com a Mariana. Vai ainda pedir uma salada para acompanhar. Para sobremesa vai comer uma mousse. Para beber vai querer o rodízio de vinhos.
- **Carolina –** Para entrada quer as azeitonas. Vai comer Salmão Grelhado e para acompanhar vai pedir arroz. Para sobremesa vai comer o cheesecake. Para beber vai querer um sumo natural.
- **Carla-** Vai querer para entrada croquetes. Para prato principal vai comer salmão grelhado com salada a acompanhar. Para beber vai querer o vinho verde da casa.
- **João-** Vai querer para entrada pão. Para prato principal quer a pizza de bacon e para sobremesa vai comer a mousse. Para beber vai querer um refrigerante.
- **Paulo-** Vai querer de entrada pão e patês. Vai comer os calamares com batata frita. E para sobremesa vai pedir a salada de fruta. Para beber vai querer o rodízio de vinhos.

<b>Pizzaria Giovanni</b>		
<b>Entradas</b>	<b>Carne</b>	<b>Pizzas</b>
Pão (0,50€)	Massa Carbonara (7,90€)	Pizza Margarita (7,30€)
Azeitonas (0,70€)	Bife Tártaro (9,95€)	Pizza de Atum (8,40€)
Patês (0,50€)	<b>Peixe</b>	Pizza de Bacon (8,70€)
Croquetes (0,85€)	Salmão Grelhado (8,40€)	Pizza de Ananás (8,85€)
<b>Sobremesas</b>	Calamares (7,20€)	Pizza de Carne Picada (9,20€)
Mousse (1,35€)	<b>Guarnição</b>	<b>Menus</b>
Tiramisu (1,15€)	Arroz (1,60€)	Pizza Margarita+ Tiramisu (8€)
Cheesecake (1,20€)	Salada (1,10€)	Salmão Grelhado+ Salada (9,30€)
Salada de Fruta (1€)	Batata Frita (0,80€)	Pão+ Azeitonas+ Patês+ Croquetes+Pizza de Ananás (11,2€)
<b>Bebidas</b>		
Rodízio de vinhos (4,6€)	Vinho Verde da Casa (2,5€)	
Vinho Tinto da Casa (7,5€)	Sumo natural (1€)	
Refrigerante (1,1€)	Água s/gás (0,89€)	

**B.2.** No total quanto custará a refeição?

---

**B.3.** Se for para dividir a conta por todos os participantes, independentemente do que consumiram, quanto terá que pagar cada um?

---

**B.4.** E se cada um pagar pelo que consumiu, quanto é que pagará o(a):

Maria João: \_\_\_\_\_

Mariana: \_\_\_\_\_

Vítor: \_\_\_\_\_

Carolina: \_\_\_\_\_

Carla: \_\_\_\_\_

João: \_\_\_\_\_

Paulo: \_\_\_\_\_

**A.2.** Já tendo feito o cálculo dos custos de ir ao restaurante, recordou-se que tem de contactar aquelas pessoas mencionadas no início. Em baixo, tem a sua lista telefónica, com o nome e respetivo contacto das pessoas. No espaço indicado, sem olhar para os nomes no início, escreva o número de telemóvel das pessoas que precisa de contactar.

Catarina- 910 382 005
Carla- 964 523 782
Carlos- 923 777 940
Coelho M.- 234 765 981
Daniel- 936 654 904
Elsa- 913 457 700
João- 960 992 571
Joana- 923 356 110
Maria Emília- 973 652 103
Maria João- 914 730 332
Neusa- 924 776 892
Nuno- 278 993 455
Oswaldo- 234 282 290
Paulo- 911 456 902
Ricardo- 238 455 698
Ruben- 960 448 912

Número de telemóvel 1: \_\_\_\_\_

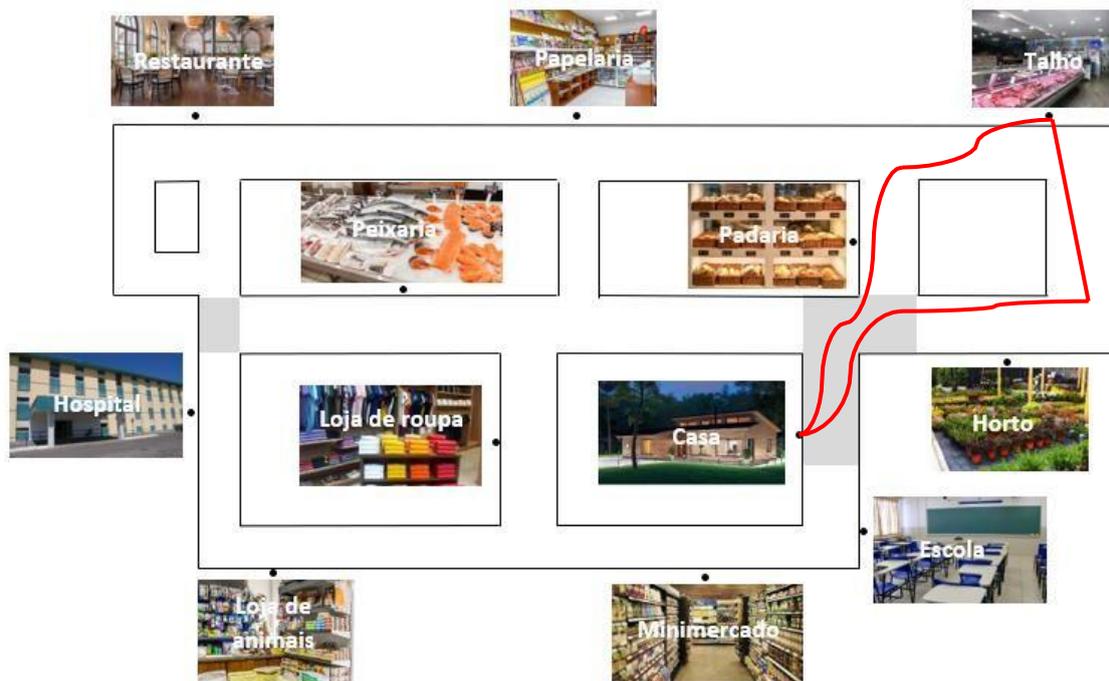
Número de telemóvel 2: \_\_\_\_\_

Número de telemóvel 3: \_\_\_\_\_

Número de telemóvel 4: \_\_\_\_\_

**C. Planeamento** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de planear uma ação)

Os preparativos já estão feitos, todos os convidados vêm ao jantar. Antes de ir para o jantar tem que fazer umas tarefas antes. O mapa que tem em baixo, representa uma cidade, com diversos locais. Terá que visitar alguns dos locais, contudo há regras que precisa de obedecer. A primeira é que não pode passar pela mesma rota duas vezes. Os únicos locais por onde pode passar por mais de duas vezes são as áreas assinaladas a cinzento. A segunda regra é que tem de começar na casa. Caso verifique que cometeu algum erro pode apagar e começar de novo. Por exemplo, se quiser passar pelo talho e depois voltar para casa, uma das rotas que pode tomar é a seguinte:



**C.1.** Atendendo às regras previamente mencionadas, terá antes de ir ao **Restaurante**, passar pela **Loja de animais**, pelo **Minimercado**, pela **Padaria** e pelo **Horto**. Recorde-se que terá que passar por todos os locais mencionados, por qualquer ordem, antes de ir para o **Restaurante**, portanto o restaurante é o último local em que deve passar.



**D. Atenção seletiva** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de focar a sua atenção em estímulos relevantes)

**D.1.** Após o jantar é lhe apresentada a conta. Verifique se o que está na conta, corresponde ao que foi pedido.

<b>Pizzaria Giovanni</b>	
1xMenu 2	9,30€
1x Menu 3	11,2€
3x Pão	1,5€
2x Azeitonas	1,4€
2x Patês	1€
2x Croquetes	1,7€
2x M. Carbonara	15,8€
1x Salmão	8,40€
1x Calamares	7,20€
2x Pizza de Bacon	17,4€
1x Arroz	1,6€
1x Salada	1,1€
2x Batatas Fritas	1,6€
4x Rod. de Vinhos	18,4€
1x Refrigerante	1,1€
1x Sumo Natural	1€
1x Tinto da Casa	7,5€
1x Verde da Casa	2,5€
<b>Total</b>	<b>109,7€</b>

**D.2.** A conta está correta: Sim:  Não:

Se não, quais são os elementos que estão a mais ou em falta?

---

Nome: \_\_\_\_\_

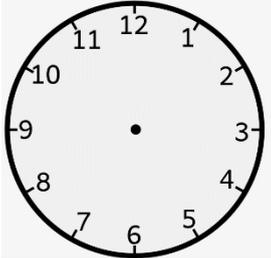
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_ (Dia) / \_\_\_\_ (Mês) / \_\_\_\_ (Ano)

Dia da semana: \_\_\_\_\_

Hora atual: \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Desenhar os ponteiros no relógio a marcar a hora atual



**A. Memória** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de armazenar informação)

**A.1.** Nesta atividade vai fazer um conjunto de exercícios relacionados com o seguimento de uma prescrição médica. Neste primeiro exercício terá que decorar os medicamentos que tem de tomar, as doses em que tem de os tomar e a altura em que devem ser tomados.

**Medicamento 1-** Tomar uma cápsula verde de manhã e à tarde;

**Medicamento 2-** Tomar duas cápsulas brancas, ao almoço;

**Medicamento 3-** Tomar dois comprimidos amarelos, ao almoço e antes de dormir.

**B. Atenção seletiva** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de prestar atenção ao estímulo necessário ignorando os restantes)

**B.1.** Entretanto decidiu ir à farmácia comprar alguns medicamentos. Em baixo, tem o recibo da compra e os medicamentos que comprou. Verifique se os medicamentos que trouxe corresponde aos que comprou.

Se não corresponde, quais são as alterações que precisa de fazer de forma a corresponderem: \_\_\_\_\_

Farmácia Esperança	
Atorvastatina	6,60€
2x Ben-u-ron	5,80€
Dulcolax	3,05€
3x Eucreas	37,75€
1x Memofante	20,8€
2x Paracetamol	8,65€
2x Pioglitazona	9,40€
2x Xanax	12,50€



**A.2.** Recorda-se dos três medicamentos que teve de memorizar no início (não poderá voltar para revê-los). Agora teve que voltar à farmácia para comprá-los indicando no balcão o nome dos medicamentos 1, 2 e 3. Contudo os medicamentos podem vir em forma de pastilha, cápsula ou comprimido. Outro fator que os distingue é a sua cor. Tendo isto em consideração indique em baixo a forma que lhe foi prescrita de cada medicamento e a cor que cada medicamento deve ter.

**Medicamento 1-** Forma: \_\_\_\_\_  
 Cor: \_\_\_\_\_

**Medicamento 2-** Forma: \_\_\_\_\_  
 Cor: \_\_\_\_\_

**Medicamento 3-** Forma: \_\_\_\_\_  
 Cor: \_\_\_\_\_

**C. Cálculo** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de efetuar operações matemáticas)

**C.1.** Com a compra dos medicamentos 1, 2 e 3, e considerando o recibo de compra apresentado em baixo, responda às perguntas em baixo.

- Medicamento 1-** 12€
- Medicamento 2-** 8,80€
- Medicamento 3-** 5,50€

Farmácia Esperança	
Atorvastatina	6,60€
2x Ben-u-ron	5,80€
Dulcolax	3,05€
3x Eucreas	37,75€
1x Memofante	20,8€
2x Paracetamol	8,65€
2x Pioglitazona	9,40€
2x Xanax	12,50€

**C.2.** Calcule por quanto lhe ficará o total da sua compra, considerando os preços dos medicamentos 1, 2 e 3 e que apenas comprou um de cada: \_\_\_\_\_

**C.3.** Entretanto, foi avisado pela farmacêutica que tem um desconto para os medicamentos 1, 2 e 3. Tem direito para o medicamento 1 a um desconto de 20%, para o medicamento 2 tem um desconto de 18%, e para o medicamento 3 tem um desconto de 25%. Considerando os descontos por quanto lhe ficará cada um dos três medicamentos:

**Medicamento 1:** \_\_\_\_\_

**Medicamento 2:** \_\_\_\_\_

**Medicamento 3:** \_\_\_\_\_

**C.4.** Considerando os descontos calculados previamente, por quanto ficará o total da sua compra, considerando estes três medicamentos e os medicamentos presentes no recibo:

\_\_\_\_\_

**A.3.** Recordar-se dos três medicamentos que teve de memorizar no início (não poderá voltar para revê-los). Entretanto chegou a casa e quer anotar quantos precisa de tomar de cada medicamento e quando é que precisa de os tomar. Indique em baixo as doses e alturas em que tem de os tomar:

**Medicamento 1-** Doses: \_\_\_\_\_

Altura para tomar: \_\_\_\_\_

**Medicamento 2-** Doses: \_\_\_\_\_

Altura para tomar: \_\_\_\_\_

**Medicamento 3-** Doses: \_\_\_\_\_

Altura para tomar: \_\_\_\_\_

**D. Capacidades Visuoperceptivas** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de compreender dimensões espaciais)

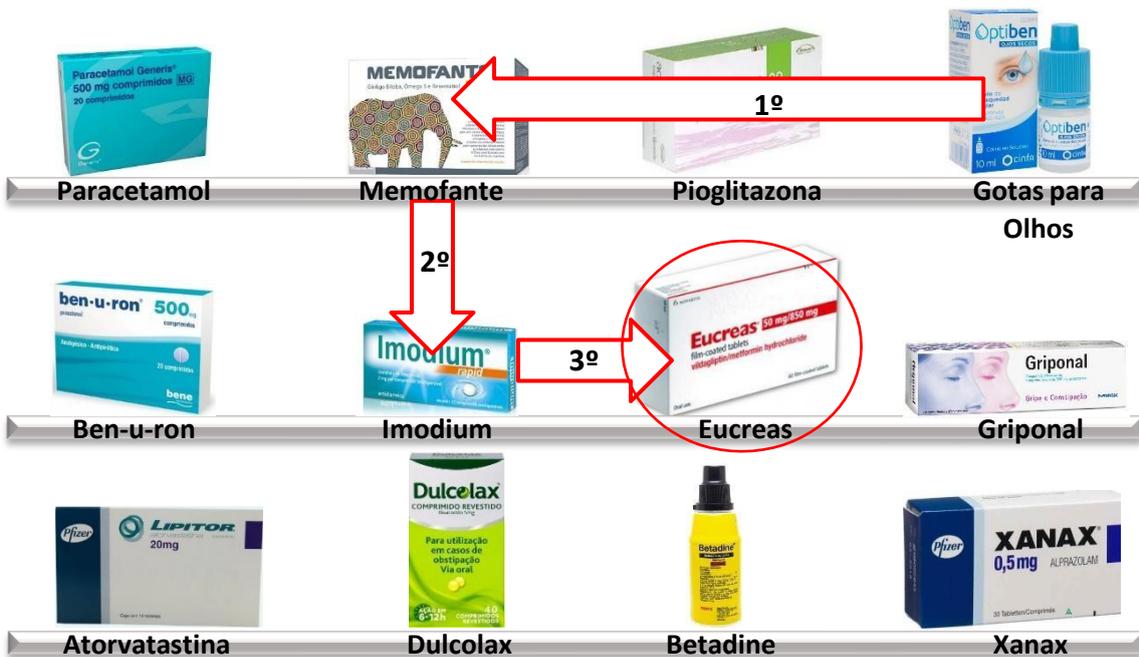
Tendo organizado o armário de medicamentos, é lhe agora pedido que mova certos medicamentos de um armário para outro. Serão lhe dadas indicações espaciais (esquerda, direita, cima e baixo) que seguindo-as, por ordem decrescente, vai encontrar o medicamento que precisa de mover, tal como evidenciado no exemplo em baixo.

**Indicações**

**1ª** “A partir das gotas para os olhos andar dois medicamentos para a esquerda.”

**2ª** “Depois descer um medicamento para baixo.”

**3ª** “E por último andar um para a direita.”



**D.1.** Agora vão lhe ser dadas instruções para encontrar o medicamento correto. Quando o encontrar assinale-o rodeando-o ou marcando com um (X).

**1ª** “A partir do Imodium andar um para a direita.”

**2ª** “Depois andar um medicamento para baixo.”

**3ª** “A seguir andar um para a direita.”

**4ª** “Depois andar dois para cima.”

**5ª** “E por último, andar dois medicamentos para a esquerda.”

			
Paracetamol	Memofante	Pioglitazona	Gotas para Olhos
			
Ben-u-ron	Imodium	Eucreas	Griponal
			
Atorvastatina	Dulcolax	Betadine	Xanax

D.2. Agora vão lhe ser dadas outras instruções para encontrar o medicamento correto. Quando o encontrar assinale-o rodeando-o ou marcando com um (X).

1ª “Começando no betadine andar dois medicamentos para cima.”

2ª “Depois andar um medicamento para a esquerda.”

3ª “A seguir andar um para baixo.”

4ª “Depois andar um medicamento para a esquerda.”

5ª “E por último, andar um para baixo.”



Nome: \_\_\_\_\_

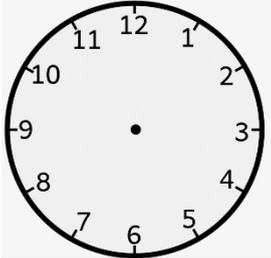
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_ (Dia) / \_\_\_\_ (Mês) / \_\_\_\_ (Ano)

Dia da semana: \_\_\_\_\_

Hora atual: \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Desenhar os ponteiros no relógio a marcar a hora atual



**A. Fluência verbal** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de nomear palavras referentes a uma determinada categoria)

**A.1.** Para ir às compras vai precisar de fazer uma lista de artigos que precisa de comprar. Os artigos que vai ter que comprar estão divididos em três grandes categorias (Frutas, Legumes e Bebidas) como pode verificar em baixo. Para cada categoria terá que escrever seis artigos que a ela pertençam. Contudo, não poderá escrever artigos que comecem com a mesma letra, por exemplo Limão e Lima.

Frutas	Legumes	Bebidas

**B. Memória Verbal** (Esta atividade trabalha a sua capacidade armazenar informação verbal)

**B.1.** Para ir ao supermercado teve que ir de carro e estacioná-lo no parque do supermercado. O carro ficou:

- No **2º Piso**;
- No lugar **RN13**.

Tente-se recordar desta informação que mais tarde precisará dela para resolver outra atividade.

**C. Atenção Seletiva** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de se focar em determinados estímulos)

**C.1.** Agora que foi às compras trouxe vários artigos. Os artigos que trouxe precisam de ser pesados e na máquina precisa de ser introduzido um código para identificar o artigo. Na tabela abaixo tem o código de vários artigos, e deverá usar a informação que consta na tabela para completar a lista assinalada em baixo.

Cebola	Cogumelos	Repolho	Maçã	Kiwi	Alface	Gomas	Pão	Couve Roxa	Amêndoas
<b>420</b>	<b>332</b>	<b>981</b>	<b>236</b>	<b>551</b>	<b>710</b>	<b>002</b>	<b>356</b>	<b>528</b>	<b>301</b>
Azeitonas	Maracujá	Nozes	Tremoços	Azeitonas	Alho	Batata	Cerejas	Banana	Hortaliça
<b>569</b>	<b>972</b>	<b>500</b>	<b>678</b>	<b>286</b>	<b>782</b>	<b>303</b>	<b>510</b>	<b>892</b>	<b>696</b>
Tangerina	Feijão	Figo	Pêssego	Castanhas	Caju	Ananás	Nabo	Salsa	Pera
<b>512</b>	<b>628</b>	<b>921</b>	<b>905</b>	<b>821</b>	<b>404</b>	<b>128</b>	<b>366</b>	<b>294</b>	<b>472</b>
Goiaba	Brócolos	Avelã	Cacau	Beterraba	Damasco	Framboesa	Amora	Beringela	Lima
<b>120</b>	<b>980</b>	<b>349</b>	<b>123</b>	<b>503</b>	<b>475</b>	<b>268</b>	<b>020</b>	<b>893</b>	<b>747</b>
Melancia	Pimento	Tomate	Limão	Romã	Pepino	Marmelo	Grão-de-Bico	Uva	Lentilha
<b>571</b>	<b>729</b>	<b>091</b>	<b>103</b>	<b>446</b>	<b>829</b>	<b>992</b>	<b>006</b>	<b>534</b>	<b>301</b>

A lista abaixo é que deve preencher recorrendo à tabela de cima.

<b>Azeitonas</b>	
<b>Tremoços</b>	
	<b>571</b>
<b>Banana</b>	
	<b>921</b>
	<b>020</b>
<b>Goiaba</b>	
<b>Amêndoas</b>	
	<b>972</b>
	<b>294</b>
<b>Brócolos</b>	
	<b>303</b>
<b>Castanhas</b>	
	<b>893</b>

**B.2.** Com as compras finalizadas, para ir para o carro usa o elevador. Assinale com um (X) qual o botão que deve premir para chegar ao carro.



**B.3.** Chegando ao piso correto tem agora de se recordar do lugar de estacionamento. No espaço indicado escreva o lugar em que estacionou o carro.

Lugar: \_\_\_\_\_

**D. Raciocínio Lógico** (Esta atividade trabalha a sua capacidade de resolução de problemas)

**D.1.** Estando no piso onde deixou o carro e sabendo o lugar onde o deixou (caso não se recorde pode ver a alínea **B.1.**) terá agora de encontrar o carro. Em baixo, tem um esquema do parque de estacionamento. Os quadrados verdes representam os lugares e os cinzentos são os pilares que dividem o parque de estacionamento. Atendendo às orientações que estão em baixo, identifique, com um (X) o quadrado verde que corresponde ao lugar onde está o carro.

Mover-se no sentido da seta altera o número do local de estacionamento por **-1**

Mover-se no sentido da seta altera a segunda letra do local de estacionamento para a letra seguinte no alfabeto (letra destacada-RK12).

Mover-se no sentido da seta altera a segunda letra do local de estacionamento para a letra anterior no alfabeto (letra destacada-RK12).

Mover-se no sentido da seta altera o número do local de estacionamento por **+1**

## **Anexo VI**

# **Apresentações e Folhetos Informativos Realizados para Sessões de Grupo**

SÃO JOÃO

# Ansiedade

Miguel Pexoto

1

## O que é ansiedade ?

### Cognitivo

- Medo de perder o controlo;
- Fraca concentração;
- Dificuldades de Memória;
- Dificuldade em falar;
- Receio de ser negativamente avaliado por outros.

Chand e Marwaha, 2021

4

## O que é ansiedade ?

### Afetivo

- Nervosismo;
- Tenso;
- Impaciente;
- Frustrado;
- Amedrontado.

Chand e Marwaha, 2021

7

## O que é ansiedade ?

- Adaptativa
- Antecipação de ameaça futura

2

## O que é ansiedade ?

### Fisiológico

- Aumento do ritmo cardíaco;
- Palpitações;
- Problemas de respiração;
- Dor no peito;
- Dor de cabeça;
- Tonturas;
- Suores;
- Náusea;
- Tensão Muscular.

Chand e Marwaha, 2021

5

## Tipos de Ansiedade

8

## O que é ansiedade ?

- Adaptativa
- Antecipação de ameaça futura
- Persistência
- Intensidade

3

## O que é ansiedade ?

### Comportamental

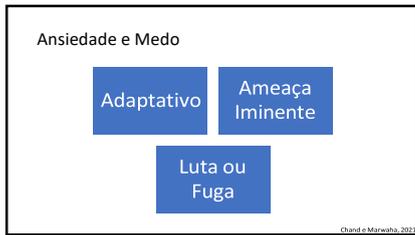
- Evitamento de situações;
- Fuga;
- Procura de segurança;
- Agitação;
- Hiperventilação;
- Paralisação.

Chand e Marwaha, 2021

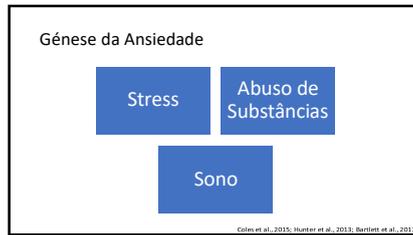
6

Transtorno de ansiedade	Mutismo Seletivo	Fobia Específica
Transtorno de Ansiedade Social	Transtorno de Pânico	Agorafobia
	Transtorno de Ansiedade Geral	

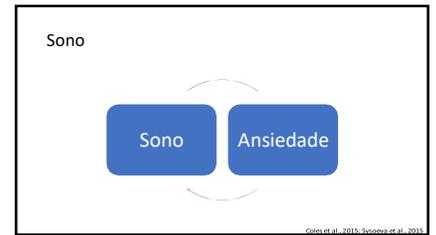
9



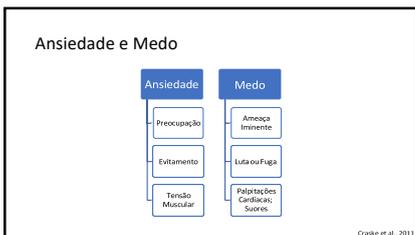
10



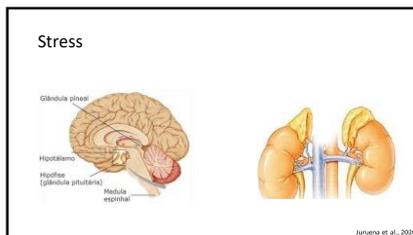
13



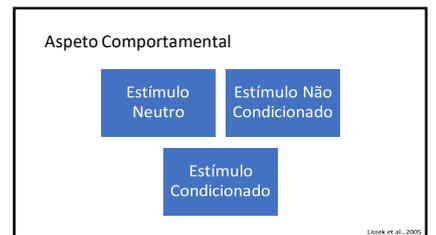
16



11



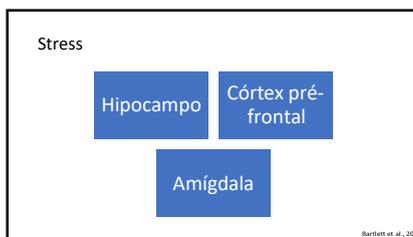
14



17



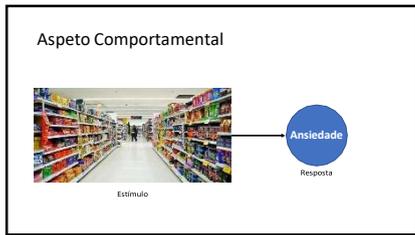
12



15



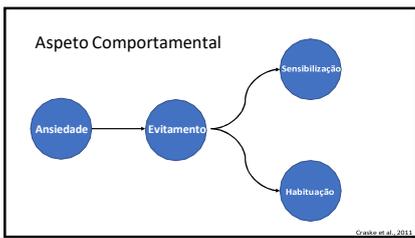
18



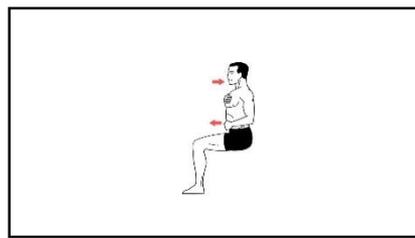
19

Respiração Diafragmática

22



20



23

Aspeto Comportamental

Enviesamento Cognitivo

Craske et al., 2014

21

<https://www.youtube.com/watch?v=wh5t6t0t1B8&list=PL77>

24

## CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

A ansiedade e a sua manutenção pode também ser explicada por associação de um estímulo (que pode ser neutro, não condicionado e condicionado ) a uma resposta. Por exemplo, uma pessoa que teve um ataque de ansiedade num supermercado. Neste contexto, o supermercado é o estímulo neutro e o ataque de ansiedade é o estímulo não condicionado. Neste caso, o que poderia acontecer é a pessoa associar o ataque de ansiedade com o local de supermercado, ou seja, o supermercado que previamente era um estímulo neutro passa a ser um estímulo condicionado. Este estímulo, agora condicionado, causa ansiedade com a antecipação do estímulo não condicionado, que neste caso é o ataque de ansiedade. Portanto, a pessoa que passou esta situação, poderá ter a resposta de ansiedade perante o supermercado com receio que volte a ter outro ataque de ansiedade. Esta situação pode levar à adoção de comportamentos de evitamento, que por sua vez, contribui para a sensibilização e impede a habituação.



## RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

- 1) Sente-se numa posição confortável. Mantenha as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora. Respire pelo nariz e preste atenção à sua respiração.
- 2) Dobre os braços e coloque os polegares sob o sítio onde acaba a sua caixa torácica, com o resto das mãos perpendicular ao seu corpo e viradas uma para a outra.
- 3) Sinta o movimento da sua barriga:  
Quando inspira, a barriga vai para fora;  
Quando expira, a barriga vai para dentro.
- 4) Simule o movimento do diafragma com as mãos:  
Quando inspira, ponha os dedos para baixo, direitos;  
Quando expira, ponha os dedos para cima, em forma de cone.
- 5) Sincronize os movimentos e faça a respiração diafragmática durante uns minutos.



SÃO JOÃO

## Ansiedade e Respiração Diafragmática



O que é a ansiedade;

Os sintomas;

Ansiedade e Medo;

Causas e Consequências;

Tipos de Ansiedade;

Respiração Diafragmática.



SÃO JOÃO



## O QUE É A ANSIEDADE

A ansiedade é uma resposta que visa a defesa da integridade do ser humano, ou seja, é um mecanismo adaptativo, estando associado à antecipação de uma ameaça futura. A ansiedade está frequentemente associada a tensão muscular, vigilância para potenciais perigos futuros e comportamentos de cautela ou evitação. A resposta adaptativa que é a ansiedade, torna-se um transtorno quando persiste por um período de tempo desapropriado ao nível do desenvolvimento.

## SINTOMAS

**Cognitivos:** Medo de perder o controlo; Fraca concentração; Dificuldades de Memória; Dificuldade em falar; Receio avaliado negativa por outros.

**Fisiológicos:** Aumento do ritmo cardíaco; Palpitações; Problemas de respiração; Dor no peito; Dor de cabeça; Tonturas; Suores; Náusea; Tenção Muscular.

**Comportamentais:** Evitamento de situações; Fuga; Procura de segurança; Agitação; Hiperventilação; Paralisação.

**Afetivos:** Nervosismo; Tenso; Impaciente; Frustrado; Amedrontado.

## ANSIEDADE E MEDO

Ansiedade e medo estão na base dos sintomas do transtorno de ansiedade, contudo, são diferentes um do outro. Medo, é a resposta a uma ameaça iminente (real ou percebida), que tem um papel na preservação do organismo. Na tabela abaixo, encontra-se algumas das diferenças.



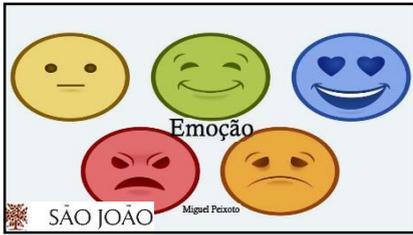
## CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Fatores genéticos e ambientais contribuem para a ansiedade. Os fatores ambientais que mais contribuem são o stress, abuso de substâncias e ritmo circadiano.

**Stress-** Regiões como o hipocampo, o córtex pré-frontal e amígdala são regiões sensíveis a stress agudo e crónico, que regulam as respostas ao medo, que são importantes no contexto da ansiedade;

**Sono-** Pessoas mais ansiosas têm mais hiperatividade durante o sono, impedindo um sono contínuo ou na pessoa acordar. Pessoas com problemas de sono estão associadas a mais sintomas de ansiedade, comparativamente a pessoas sem problemas de sono. Há um relação de influênciamútua entre sono e ansiedade.





1



4



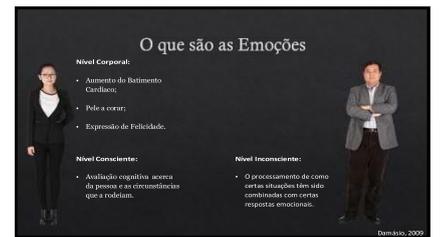
7



2



5



8



3



6



9



10



13



16

### Sentimentos

Os sentimentos de fundo são aqueles sentimentos que não têm origem em estados emocionais, mas que correspondem a estados de corpo que ocorrem entre emoções.

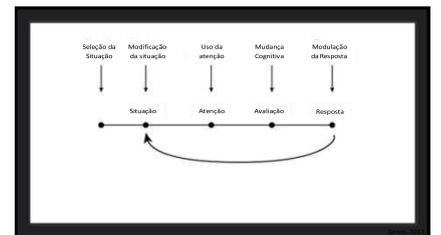
O sentimento de fundo é o estado do corpo quando não se encontra influenciado por uma emoção podendo se nele englobar o humor e a noção de eu.

Damasio, 2009

11



14



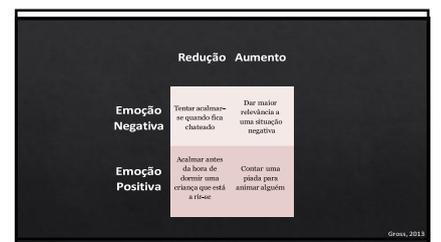
17



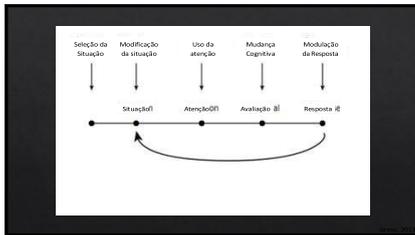
12



15



18



19



22

### Ansiedade e Emoção (Reatividade Emocional)

	Ameaça Social	Ameaça Física
Experiência Emocional	+	+
Ativação Neural	+	-

25



20

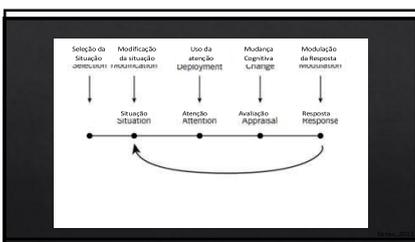


23

### Ansiedade e Emoção (Regulação Emocional)

	Ameaça Social	Ameaça Física
Experiência Emocional	-	-
Ativação Neural	-	-

26



21



24

### Ansiedade e Emoção

	Dejeito de Doces	S/Dejeito de Doces
Sintomas de Ansiedade	81,8%	49,2%

27

### Ansiedade e Emoção

Em 127 pessoas (42,3%) foi encontrado um desejo por doces;

Pessoas com desejo por doces tinham uma probabilidade 3,13 vezes maior de reportar sintomas de ansiedade;

Pessoas com ansiedade tinham uma probabilidade 2,71 vezes maior de reportar desejo por doces;

Há uma correlação positiva entre sintomas de ansiedade e o consumo percebido por emoção, e com descontrolo no consumo de alimentos;

Pessoas com maior desejo por doces tinham maiores pontuações em medidas que avaliavam o descontrolo no consumo de alimentos e sintomas de ansiedade.

Penaforte et al., 2019

28

<https://www.youtube.com/watch?v=KM7H2GaaK0c>

29

## MARACADOR SOMÁTICO

O marcador somático é algo automático que atua antes do processo de avaliação e de raciocinar acerca de uma questão, sendo uma sensação corporal associado a uma resposta, que visa diminuir o leque de possíveis respostas, e por sua vez a ativação de mecanismos apetitivos ou defensivos. Os marcadores podem ser tanto positivos como negativos, tendo por base sentimentos e emoções ligados a resultados futuros possíveis pela aprendizagem.

O marcador somático pode também atuar pela via consciente e pela inconsciente. No caso do inconsciente, continua a haver a associação entre a situação e o estado corporal, simplesmente não é o centro da atenção. Aquilo a que chamamos intuição enquadra-se nesta noção de marcador inconsciente, por ser a solução para um problema se o raciocinar.

Segue-se um exemplo de atuação do marcador somático:

É lhe proposto um negócio de alto risco, mas de muito lucro e é lhe pedida uma resposta rápida. Se a ideia de avançar com o negócio evoca um marcador somático negativo, isto ajudá-lo-á a rejeitar a proposta e fazer uma análise mais pormenorizada da mesma.

## ANSIEDADE E EMOÇÃO

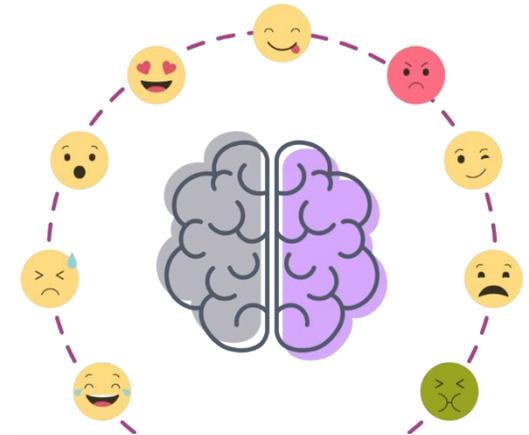
Pessoas com ansiedade estado quando num estado ansioso ficam hipervigilantes de estímulos ameaçadores. Pessoas sem ansiedade traço quando num estado ansioso evitam a aquisição e processamento de informação ameaçadora.

Pessoas com ansiedade social têm uma experiência emocional mais negativa, comparativamente a pessoas que não têm ansiedade. A nível neural, pessoas com ansiedade social demonstraram uma maior ativação de regiões cerebrais relacionadas com a atenção e a emoção, apenas para ameaças sociais.

Em termos de regulação emocional, a nível neural, pessoas com ansiedade evidenciaram uma menor resposta em estruturas que estão envolvidas na coordenação do circuito de controlo cognitivo. Ou seja, pessoas com ansiedade social têm maior dificuldade em implementar estratégias de regulação emocional durante situações sociais.

Pessoas com ansiedade tinham uma probabilidade 2,71 vezes maior de reportar desejo por doces, como forma de ativar as áreas do cérebro responsáveis pela sensação de recompensa.

## Emoções



O que é a Emoção?

Sentimentos;

Marcadores Somático;

Ansiedade e Emoção.



SÃO JOÃO



SÃO JOÃO



## O QUE É A EMOÇÃO

As emoções são predisposições para a ação que facilitam a sobrevivência, desempenham um importante papel na tomada de decisão e exercem influência sobre o processo mnésico. Estudos na área indicam que a redução da emoção é prejudicial aos processos de racionalização. Portanto as emoções são um aspecto importante da vida humana, tanto pelo fator relacional com outros como pelo aspecto de navegação/ adaptação ao meio.

As 5 emoções básicas são:

Alegria;  
Tristeza;  
Raiva;  
Nojo;  
Medo.

## O QUE É A EMOÇÃO

As emoções podem atuar por duas vias, uma inata/automática, e outra consciente (denominada de sensação da emoção). A atuação consciente permite-nos adotar um esquema de estratégias mais amplo.

Segue-se um exemplo da importância da sensação da emoção:

- Quando se depara com uma situação X que lhe causa medo, a experiência que tem com essa situação permite-lhe antecipar e evitar a situação de forma preventiva, ao invés de ter de reagir à mesma numa situação de emergência;
- Permite generalizar o conhecimento acerca das emoções e aplicá-lo, por exemplo, pode pegar no conhecimento que tem da situação X e expandi-lo para situações que sejam similares (Contudo, a generalização excessiva poderá ser prejudicial).

As emoções não são um fenómeno puramente cognitivo, mas também têm uma importante base fisiológica e visceral. Esta resulta da interação do cognitivo com o somático, onde ambos interagem e influenciam-se mutuamente.

## SENTIMENTOS

O sentimento é a resposta/reação que a pessoa tem a uma dada situação. Apesar de todas as emoções poderem originar sentimentos, nem todos os sentimentos têm origem na emoção. O sentimento associado a uma emoção é a experiência das diversas alterações hormonais e neuronais resultantes da imagem mental que iniciou todo este processo, que pode ser um rosto.

A subjetividade também é importante para aquilo que é o sentimento, esta baseia-se na percepção do objeto, do estado corporal criado pelo mesmo, e do estilo e da eficiência do pensamento, ou seja como é que este objeto está a alterar a minha forma de pensar. Estes sentimentos associados a emoções contribuem também para uma maior alocação de recursos atencionais para sinais do corpo.

Os sentimentos de fundo são aqueles sentimentos que não têm origem em estados emocionais, mas que correspondem a estados de corpo que ocorrem entre emoções. Ou seja, o sentimento de fundo é o estado do corpo quando não se encontra influenciado por uma emoção podendo se nele englobar o humor e a noção de eu.

**DEPRESSÃO**

Miguel Petrucci

**SÃO JOÃO**

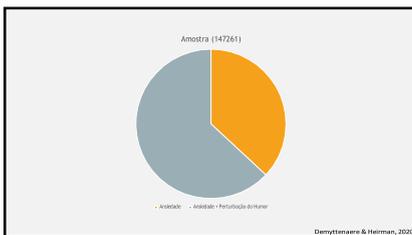
1

O QUE É A DEPRESSÃO?

4

CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO

7

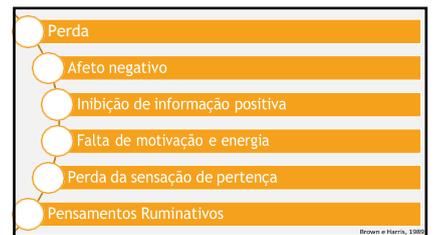


2

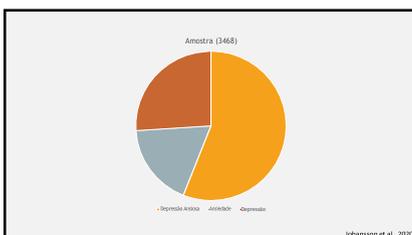
- 350 milhões de pessoas sofrem de depressão a nível mundial;
- 9º lugar no ranking de disrupção e morte;
- É um mecanismo adaptativo que, ou se prolonga excessivamente no tempo, ou está associado a uma sintomatologia aguda desproporcional à situação. A tristeza e o humor deprimido, e o retraimento consequente dos mesmos pode ser útil para evitar mais perdas/danos ao organismo.

Demyttenaere & Hermans, 2010

5



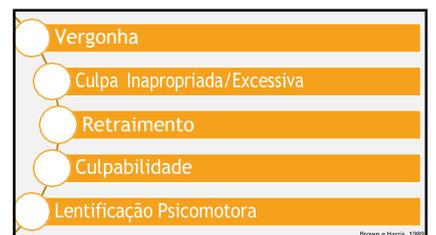
8



3



6



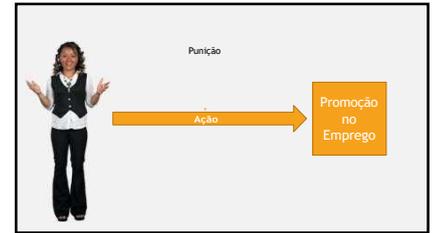
9



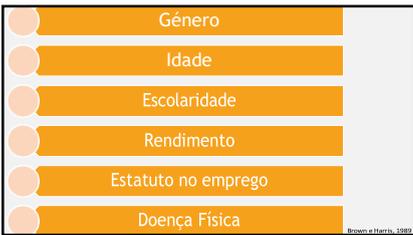
10



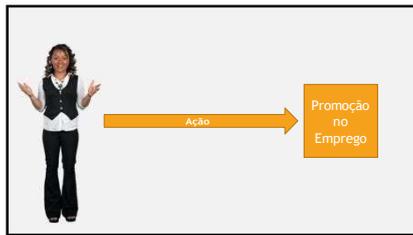
13



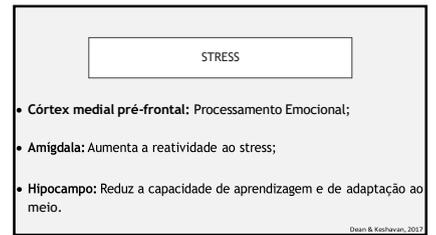
16



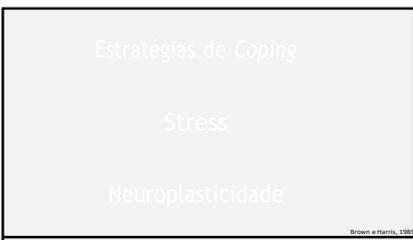
11



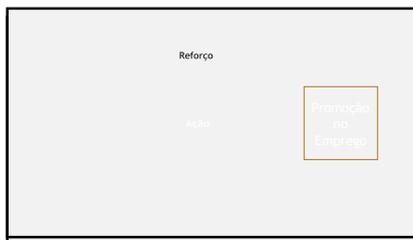
14



17



12



15



18



## DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Há alguns fatores comuns entre depressão e ansiedade, seja nos sintomas, seja nos fatores de risco. Sendo que há uma maior probabilidade da ansiedade gerar um quadro depressivo, do que a depressão gerar um quadro ansioso. O seguinte exemplo ilustra como a ansiedade e a depressão interagem:

O comportamento de evitamento pode levar à redução de encontros com eventos prazerosos e ao desinvestimento em projetos que poderiam contribuir para o alcance de metas/objetivos, constituindo assim um fator de risco para a depressão. Mas também é possível inferir que comportamentos que surgem da depressão como falta de motivação e ativação, possam levar a uma menor exposição e prática em novas situações, aumentando o medo e a ansiedade situações, contribuindo por sua vez para o comportamento de evitamento, iniciando assim o ciclo de ansiedade.

## DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Em termos de sintomas físicos, a agitação psicomotora é o que mais liga a ansiedade à depressão. Ou seja, técnicas de relaxamento que visam contrariar esta tendência são positivas para ambas as patologias.

Em termos neuroanatômicos verificamos que muitas estruturas que estão afetadas na ansiedade, estão também afetadas na depressão.

Em termos de fatores de risco também observamos que aspetos como o stress e como lidamos com ele têm também um grande impacto naquilo que será o desenvolvimento de um quadro depressivo juntamente com um quadro ansioso.

Estas ligações entre ambas as patologias, permite-nos afirmar que a atuação sobre uma contribuirá para a redução e prevenção da outra.



SÃO JOÃO

## Depressão



O que é a Depressão?

Características da Depressão

Fatores de Risco;

Depressão e Ansiedade.



SÃO JOÃO



## O QUE É A DEPRESSÃO

A depressão é um mecanismo adaptativo que ou se prolonga excessivamente no tempo, ou está associado a uma sintomatologia desproporcional à situação.

A formação da depressão pode ser explicada através do seguinte exemplo:

Experiências de vida adversas que ocorreram na vida do sujeito, podem levar à formação de esquemas internos depressivos (normalmente são crenças negativas referentes ao próprio). Quando surge um evento externo ou interno há ativação destes esquemas internos depressivos, que enviesam a forma como a informação é processada, resultando em vulnerabilidades para a depressão.

## CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO

Perda (pode ser de metas/ objetivos);

Afeto negativo excessivo;

Inibição de informação positiva;

Falta de motivação e energia;

Perda da sensação de pertença;

Pensamentos Ruminativos;

Vergonha (p.e. auto-avaliação longe daquilo que é o “Eu” idealizado);

Culpa inapropriada ou excessiva;

Retraimento;

Culpabilidade;

Lentificação Psicomotora.



## FATORES DE RISCO

Género;

Idade;

Escolaridade;

Rendimento;

Estatuto no emprego;

Doença Física;

Estratégias de *Coping*;

Stress;

Neuroplasticidade.

## ESTRATÉGIAS DE COPING

Quando se tem um certo comportamento para atingir uma dada meta, poderá haver um reforço ou punição do mesmo, que aumentara ou diminuirá a probabilidade de o mesmo surgir no futuro. Ou seja, o sujeito aprende a lidar (*to cope*) com a situação. Caso não haja esta aprendizagem poderá haver uma falha nos mecanismos de *coping*, que pode levar ao comportamento de não responder quando surge uma meta/objetivo. Estas falhas de *coping* podem-se traduzir em verbalizações como, “Não consigo lidar com isto”, ou “Não consigo fazer nada bem”, estas cognições por sua vez são características da depressão.

## **Anexo VII**

# **Atividades Desenvolvidas Fora do Local de Estágio**

Certifica-se que

## Miguel de Faria Távora Moreira Peixoto

participou na ação de sensibilização sobre "AFASIA"  
organizada pelo Curso de licenciatura em Psicologia do  
IUCS-Instituto Universitário de Ciências da Saúde e pelo IPA-Instituto Português da Afasia.

Esta ação decorreu no dia 9 de junho, no Campus Universitário de Gandra.



PROF. DOUTOR BRÍGIDA PEIXOTO  
COORDENADOR DO CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

### I Jornadas do Serviço de Psicologia Centro Hospitalar Universitário de São João



O Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de São João certifica que

participou nas I Jornadas de Psicologia, no dia 12 de novembro de 2021,  
no Auditório do CIM da FMUP.

## **Anexo VIII**

### **Casos Acompanhados**

<b>Sexo</b>	<b>Referenciação</b>	<b>Motivo de Encaminhamento</b>	<b>Temática Abordada</b>
Masculino	SMFR	Humor deprimido Baixa adesão terapêutica	Luto não realizado pela morte do pai Problemas de ativação comportamental Ajustamento a sequelas pós-AVC
Feminino	SMFR	Sequelas pós-AVC	Avaliação neuropsicológica, pós-AVC Abordadas estratégias compensatórias
Masculino	SMFR	EAM	Ajustamento pós-EAM Psicoeducação
Feminino	SMFR	Humor deprimido Risco de suicídio	Reestruturação cognitiva Ativação Comportamental
Feminino	SMFR	EAM	Ajustamento pós-EAM Psicoeducação Avaliação Neuropsicológica
Feminino	Serviço de Psiquiatria	Avaliação Neuropsicológica Humor deprimido	Avaliação Neuropsicológica Postura defensiva, para Psicoeducação acerca do processo de avaliação Aferido o risco de suicídio Reestruturação Cognitiva
Feminino	Serviço de Psiquiatria	Avaliação Neuropsicológica Humor deprimido	Avaliação Neuropsicológica Aferido o risco de suicídio Reestruturação Cognitiva
Masculino	SMFR	Adaptação pós-amputação	Trabalhadas as expectativas que tem relativamente à prótese Ativação comportamental

			Abordado o papel do cuidador
Masculino	SMFR (Internamento)	Plano de Reabilitação Cognitiva  Heminegligência	Reabilitação Cognitiva  Abordadas estratégias compensatórias
Masculino	SMFR (Internamento)	Plano de Reabilitação Cognitiva	Avaliação neuropsicológica  Reabilitação Cognitiva
Masculino	SMFR (Internamento)	Plano de Reabilitação Cognitiva  Frontalizado, verborreico	Avaliação neuropsicológica  Reabilitação Cognitiva
Masculino	SMFR (Internamento)	Plano de Reabilitação Cognitiva  Humor ansioso	Reabilitação Cognitiva  Estratégias de relaxamento

## **Anexo IX**

### **Primeira Sessão de Reabilitação Cognitiva Realizada para A.**

## Reabilitação Cognitiva (Séries)

**Funções Cognitivas Principais:** Visuopercepção; Atenção Seletiva; Cálculo; Sequenciação; Memória Visual; Memória de Trabalho.

**Funções Cognitivas Secundárias:** Atenção Sustentada; Memória de Curto Prazo; Compreensão Verbal; Planeamento.

**Formato:** Papel e Lápis; Digital.

**Objetivos da atividade:** Estimular as funções acima mencionadas, através de estímulos que sejam do interesse do sujeito.

**Descrição dos Exercícios:** No primeiro exercício (Capacidade Visuoperceptiva), são apresentados nos primeiros dois níveis 10 estímulos, nos níveis três e quatro há 15 estímulos e no quinto nível há 18 estímulos. No primeiro nível há três imagens que são diferentes das restantes. No segundo e terceiro nível há quatro imagens diferentes. No quarto e quinto nível há cinco imagens diferentes. Neste exercício é pedido à pessoa que encontre e assinale as imagens que são diferentes.

No segundo exercício, de atenção seletiva, é apresentada uma tabela com as horas e dias da semana, a que dão certas séries. Inicialmente é apresentada uma folha à pessoa, onde terá que preencher a informação que consta na folha. Esta informação é o dia da semana a que dá determinada série e a que hora começa. Após o preenchimento desta folha, são feitas várias questões ao sujeito. A primeira questão pede à pessoa para identificar das séries que constam na folha, quais são as que têm o início mais tarde e quais é que tem o início mais cedo. A segunda questão é quais as séries que dão mais vezes à terça-feira. A terceira questão é, se fossemos a ligar a televisão agora, qual seria série que está a dar. A quarta questão é, qual a série que dá mais vezes entre as 17:00 e 18:00. A quinta questão é, sendo segunda-feira, quantas horas precisa de esperar entre episódios dos Simpsons.

No terceiro exercício, de cálculo, é apresentada uma tabela com três planos de pagamento com operadoras diferentes. Na primeira tabela aparecem os valores da televisão, da internet e de telemóvel. Na segunda tabela aparecem não só os valores previamente apresentados, mas também o desconto que terá se comprar os planos por inteiro. Na terceira tabela aparecem descontos para determinados serviços (televisão, internet e telemóvel). Com base nestas tabelas, são feitas várias questões. A primeira questão é para avaliar qual é o plano mais barato e o mais caro se apenas quiser ter internet e telemóvel. A segunda questão é para avaliar qual o plano mais barato e o mais caro se apenas quiser a televisão e o telemóvel. A terceira questão é para calcular o valor total de cada plano e depois de calcular, avaliar qual o plano mais caro e o mais barato. Na quarta questão, é pedido para calcular qual o plano mais barato e o mais caro, na sua totalidade, tendo em conta o desconto (Segunda Tabela). Na quinta questão, é perguntado se só quiser comprar televisão e internet, se há algum plano que lhe compensa comprar por inteiro (Segunda tabela). Na sexta questão, é pedido para

calcular o valor total de cada plano, tendo em conta o desconto adicional, para depois avaliar qual o mais barato e qual o mais caro. (Terceira Tabela).

No quarto exercício (Memória Visual) são apresentadas três imagens sendo pedido ao sujeito para as memorizar. De seguida, são apresentadas novamente as imagens só que uma ou mais está em falta. Nos três primeiros níveis, apenas é omitida uma das três imagens apresentadas. Nos dois últimos níveis, são omitidas duas das três imagens apresentadas. Neste exercício, a pessoa terá que recordar a imagem ou imagens omitidas.

No quinto exercício (Memória de Trabalho) são dispostas três imagens, e depois quatro e cinco, numa folha de papel. As imagens são assinaladas (com o dedo indicador) pelo psicólogo numa determinada ordem e o sujeito terá que as assinalar pela mesma ordem. No primeiro nível são feitos dois toques (Capacete - Carro) e depois três toques (Capacete – Máscara - Carro), na folha com três imagens. No segundo nível são feitos três toques (Simpsons – Capacete - Máscara) e depois quatro toques (Capacete – Simpsons – Carro - Máscara), na folha com quatro imagens. No terceiro nível são feitos três toques (Logótipo – Simpsons - Capacete) e depois quatro toques (Capacete – Máscara – Logótipo - Carro). No quarto nível, há uma mudança de regra, onde a pessoa tem que assinalar as imagens pela ordem inversa à feita pelo psicólogo. São feitos dois toques (Máscara -Carro) e depois três toques (Máscara – Capacete - Carro), na folha com três imagens. No quinto nível são dois toques (Simpsons - Carro) e depois três toques (Máscara – Simpsons - Carro), na folha com quatro imagens.

No sexto exercício (Sequenciação) é disposta o início de uma sequência, tendo a pessoa de completar os restantes espaços em branco de forma a corretamente completar a sequência.

### **Sugestões**

Para o primeiro exercício no caso de ter sido resolvido facilmente, poder-se-á introduzir a variável de um tempo limite para a realização. Caso a pessoa sinta dificuldade poder-se-á assistir, percorrendo as imagens com a pessoa.

Para o terceiro exercício caso haja dificuldade na resolução pode-se indicar ou assistir a pessoa a corretamente identificar as contas que precisa de fazer. Caso a dificuldade seja no cálculo em si, assistir na contagem necessária para chegar ao resultado.

No quarto exercício no caso de ter sido resolvido facilmente, poder-se-á, após mostrar as três imagens, perguntar quais foram as três imagens apresentadas, em vez, de questionar qual foi omitida. No caso de haver dificuldade de resolução do exercício oferecer opções de resposta.

No quinto exercício no caso de ter sido resolvido facilmente, poder-se-á adicionar toques extras, e/ou aplicar a regra de tocar pela ordem inversa mais cedo. No caso de haver dificuldade, poder-se-á reduzir o número de estímulos, e/ou eliminar a regra de tocar na ordem inversa.

No sexto exercício no caso de ter sido resolvido facilmente, poder-se-á usar a variável de tempo limite. No caso de haver dificuldade, pode-se revelar a próxima imagem que compõe a sequência.

### **Indicação**

**Capacidade Visuoperceptiva-** “Vou-lhe mostrar-lhe um conjunto de imagens que aparentam ser iguais, mas, se observar cuidadosamente repara que há imagens que são diferentes das restantes. Eu vou-lhe pedir que identifique e assinale quais são as imagens diferentes.”

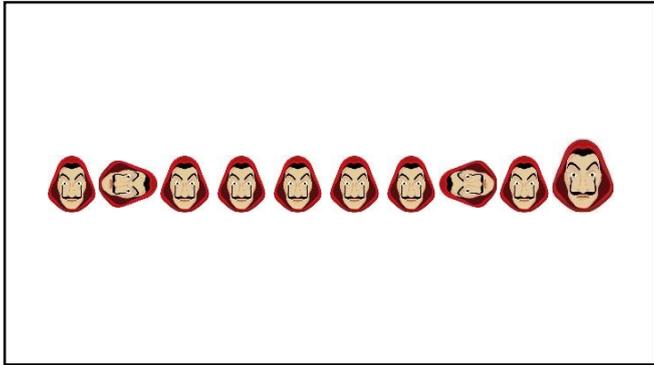
**Atenção seletiva-** “Agora vou-lhe dar uma folha com nomes de diferentes séries.” [Mostrar folha com as séries] “E aqui, vou-lhe apresentar uma tabela, com dias e horas a que dão diferentes séries.” [Mostrar tabela com os dias da semana e horas] “Como pode ver todas as séries têm a duração de uma hora, como indicado aqui, onde tem a hora de início e a hora a que acaba. Eu vou-lhe pedir que preencha a informação que consta nessa folha, ou seja, que assinale com um X os dias da semana em que a série dá e depois, em baixo, tem um espaço onde quero que ponha a hora a que começa nesse dia.” “Agora que preencheu diga-me, das séries que tem na folha qual ou quais são as que começam mais tarde. E as que começam mais cedo?” “Qual a série que dá mais vezes à terça-feira?” “Imaginemos que ligava agora a televisão, que série estaria a dar?” “Qual a série que dá mais vezes entre as 17 e as 18 horas?” “Sendo segunda-feira, quantas horas precisa de esperar entre episódios dos Simpsons?”

**Cálculo-** “Agora, imaginemos que foi a três operadoras diferentes e que lhe foi dado este plano de pagamento” [Mostrar Tabela 1] “Imaginemos que só quer internet e telemóvel, qual será o plano mais barato? E o mais caro?” “E agora, qual o plano mais barato mais barato se apenas quiser a televisão e o telemóvel? E o mais caro?” “Vou-lhe agora pedir para calcular o valor total de cada plano e depois de calcular, avaliar qual o plano mais caro e o mais barato.” “Entretanto teve a pesquisar mais um bocado, e descobriu que se comprar todos os serviços de um dado plano, tem direito a um desconto que é apresentado aqui?” [Mostrar Tabela 2] “Qual será o plano mais barato e o mais caro, na sua totalidade, tendo em conta o desconto” “Se só quiser comprar televisão e internet, se há algum plano que lhe compensa comprar por inteiro?” “Entretanto, surgiu uma promoção que dá desconto em determinados serviços oferecidos pelos planos.” [Mostrar Tabela 3] “E agora com este desconto adicional, vou pedir para ver qual é o plano mais barato e qual o mais caro.”

**Memória Visual-** “Agora vou-lhe mostrar três imagens. E vou pedir que se recorde das três imagens. Agora tirei-lhe uma. Qual foi a imagem que tirei?”

**Memória de Trabalho-** “Agora, temos aqui x imagens. E eu vou tocar nelas por uma determinada ordem. O que quero que faça, é que toque nelas pela mesma ordem.” “Agora vamos continuar a fazer o mesmo exercício, só que vai ter que tocar pela ordem contrária à que eu fizer.”

**Sequenciação-** “Agora vou-lhe apresentar o início de uma sequência, e o que quero que me diga qual deve ser a imagem que aparece a seguir, e assim sucessivamente até completar todos os espaços.”



1



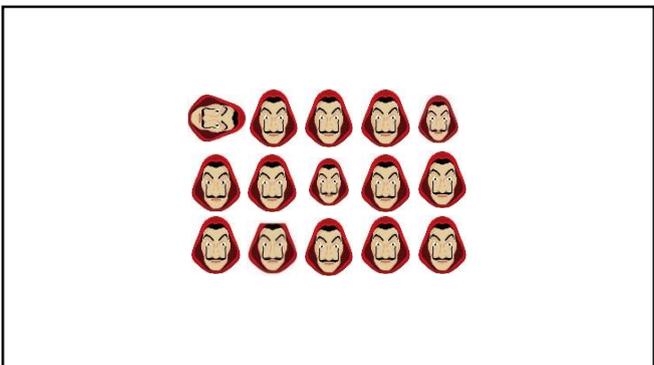
4



2



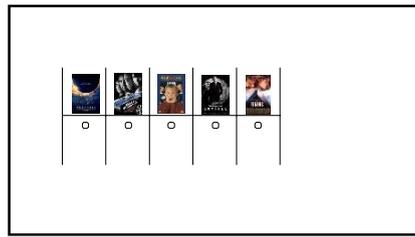
5



3



1



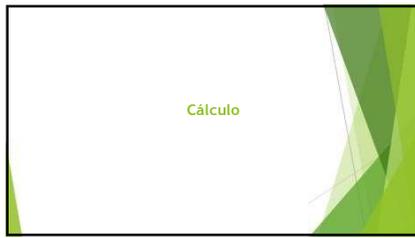
4

Plano 1	Plano 2	Plano 3
Televisão = 11€	Televisão = 17€	Televisão = 7€
Internet = 4€	Internet = 5€	Internet = 8€
Telemóvel = 5€	Telemóvel = 4€	Telemóvel = 6€
Se comprar tudo = 2€	Se comprar tudo = 4€	Se comprar tudo = 3€

7



2



5

Plano 1	Plano 2	Plano 3
Televisão = 11€	Televisão = 17€	Televisão = 7€
Internet = 4€	Internet = 5€	Internet = 8€
Telemóvel = 5€	Telemóvel = 4€	Telemóvel = 6€
Se comprar tudo = 1€	Se comprar tudo = 4€	Se comprar tudo = 3€
Desconto de televisão = 2€	Desconto de televisão = 5€ Desconto de telemóvel = 2€	Desconto de internet = 3€

8

Hora	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
10:00-11:00		Fechado			
11:00-12:00					
12:00-13:00					
13:00-14:00					
14:00-15:00					
15:00-16:00		Limpeza	Limpeza		
16:00-17:00					
17:00-18:00					
18:00-19:00					
19:00-20:00					

3

Plano 1	Plano 2	Plano 3
Televisão = 11€	Televisão = 17€	Televisão = 7€
Internet = 4€	Internet = 5€	Internet = 8€
Telemóvel = 5€	Telemóvel = 4€	Telemóvel = 6€

6



9



10



13



16



11



14



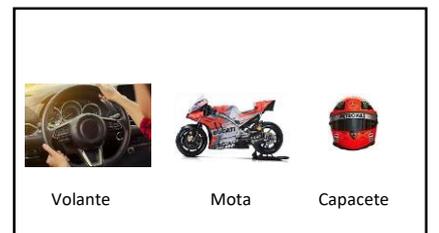
17



12



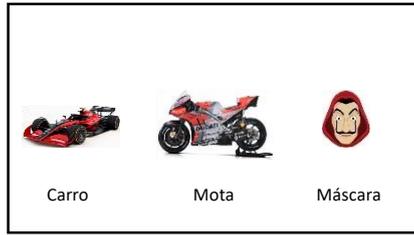
15



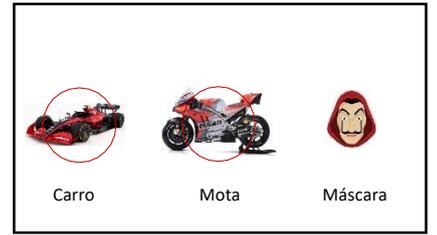
18



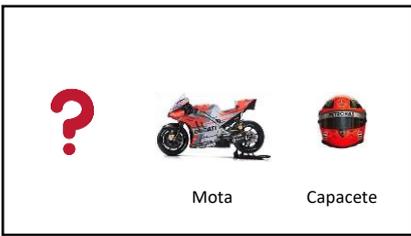
19



22



25



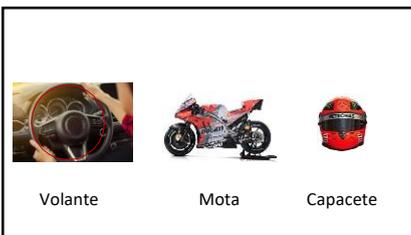
20



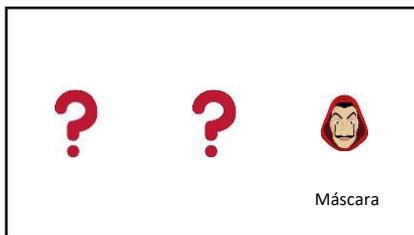
23



26



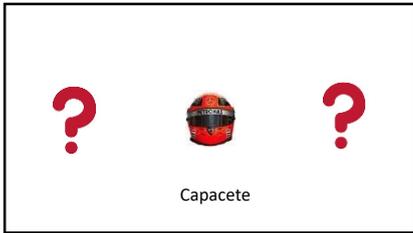
21



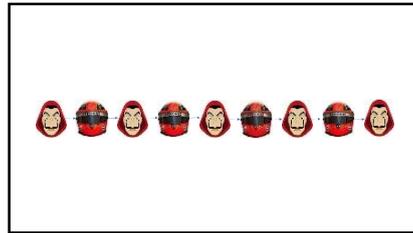
24



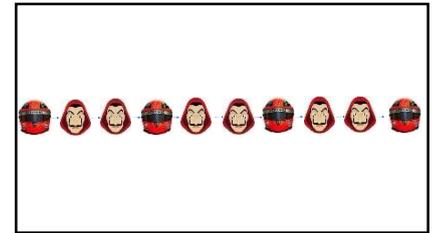
27



28



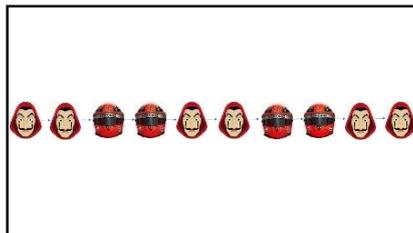
31



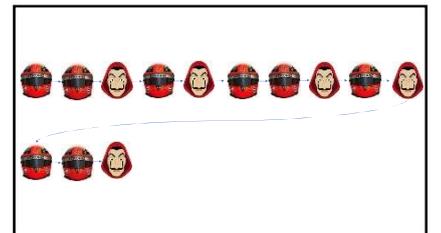
34



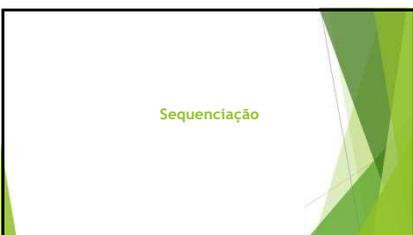
29



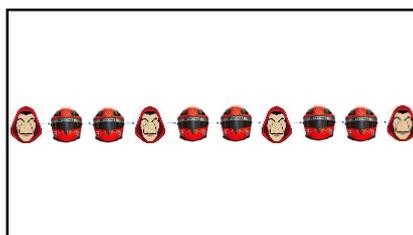
32



35



30



33

**LA CASA DE PAPEL**

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
<input type="radio"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

**GAME OF THRONES**

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
<input type="radio"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

**DEXTER**

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
<input type="radio"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

**CSI:  
MIAMI**

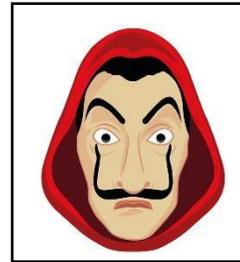
Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
<input type="radio"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

**THE  
SIMPSONS**

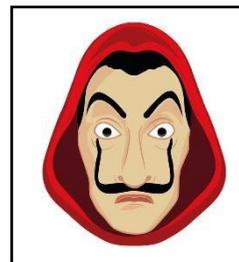
Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
<input type="radio"/>				
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

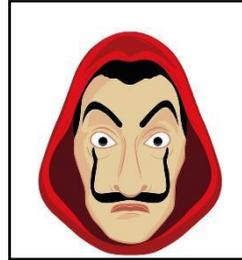


**LA CASA DE PAPEL**



**THE  
SIMPSONS™**





## **Anexo X**

### **Segunda Sessão de Reabilitação Cognitiva Realizada para A.**

## **Atividades de reabilitação cognitiva**

**Funções Cognitivas Principal:** Atenção Alternada; Visuopercepção; Memória Visual; Memória verbal; Cálculo; Memória de Trabalho; Planeamento.

**Funções Cognitivas Secundárias:** Atenção Sustentada; Atenção seletiva; Controlo Inibitório; Flexibilidade Cognitiva.

**Formato:** Papel e Lápis.

**Objetivo da atividade:** Estimular as funções acima mencionadas, promovendo ainda a deteção e correção de erros

**Descrição dos Exercícios:** O primeiro exercício é de atenção alternada. Neste exercício são apresentados carros de quatro cores diferentes (amarelo, preto, cinzento e azul). O objetivo é assinalar todos os carros da cor pedida e quando chegar a um dos círculos, alternar para a seleção do carro com a cor correspondente. É indicado à pessoa que deve percorrer a lista da esquerda para a direita. O exercício tem cinco níveis de dificuldade (o aumento de dificuldade é feito com a apresentação de um maior número de carros e de círculos para alternar a seleção). O primeiro nível tem 20 carros e três círculos, o segundo tem 24 carros e quatro círculos, o terceiro nível tem 28 carros e quatro círculos, o quarto nível tem 32 carros e cinco círculos e no quinto nível tem 36 carros e cinco círculos.

O segundo exercício é de completar o desenho. O exercício está organizado em quatro alíneas, com figuras progressivamente mais complexas, havendo uma alínea exemplo. A pessoa terá que completar a metade do desenho que está em falta, que consiste na inversão vertical da figura apresentada. No final da primeira figura, é pedido para a pessoa recordar-se da mesma, sendo depois pedido para replicar a figura o mais parecido que conseguir, após a realização de cada uma das alíneas.

O terceiro exercício é de memória verbal. São apresentados um conjunto de palavras, que das quais algumas são retiradas. A pessoa terá que memorizar quais as palavras inicialmente apresentadas para identificar as que foram omitidas. No primeiro nível são apresentadas quatro palavras, sendo omitida uma. No segundo nível são apresentadas cinco palavras, sendo omitida uma. No terceiro nível são apresentadas cinco palavras, sendo omitidas duas palavras. No quarto nível são apresentadas seis palavras, sendo omitidas duas palavras. No quinto nível são apresentadas seis palavras, sendo omitidas três palavras. Cada nível é composto por três alíneas.

O quarto exercício é de código. São apresentadas cinco imagens associadas aos números de 1 a 5. As imagens estão distribuídas numa tabela e a pessoa terá como objetivo escrever o número associado à imagem. Após completar esta primeira fase do exercício, a pessoa terá que somar os diferentes números de cada linha, tendo depois que somar os resultados obtidos. São apresentadas 32 imagens.

O quinto exercício é de planeamento. É apresentado um mapa com diferentes localizações que a pessoa tem de visitar, podendo apenas passar uma vez por cada

caminho, e mais que uma vez nos locais assinalados a cinzento, tendo que começar sempre na casa. No último nível é adicionado uma outra restrição, onde a pessoa tem de acabar no local, Worten. No mapa estão 8 localizações que são a Worten, o hospital, a padaria, a loja de roupa, a casa, o parque, a loja de animais e o supermercado. A pessoa pode dirigir-se aos locais indicados pela ordem que achar mais correta, considerando as regras dadas. É dada a possibilidade à pessoa de corrigir o percurso. Os locais que a pessoa tem que visitar são contextualizados dentro de uma pequena narrativa.

### **Sugestão**

Para o primeiro exercício poderá ser usada a variável de tempo de realização como forma de aumentar o nível de dificuldade.

Para o terceiro exercício caso haja dificuldade na realização poder-se-á dar opções de resposta.

Para o quinto exercício caso haja dificuldades na realização poder-se-á retirar a regra de ter de passar apenas uma vez pelo mesmo sítio, fora dos locais que o permitam.

### **Indicações**

**Atenção Alternada:** Vou-lhe apresentar quatro carros com quatro cores diferentes. E depois tem quatro círculos com cores que correspondem às cores dos carros.” [São nomeadas as cores dos carros e dos círculos] “Eu vou-lhe pedir que assinale todas os carros da cor azul, mas quando chegar a um círculo deverá apenas assinalar os carros que têm a cor correspondente.”

**Completar o desenho:** “Agora aqui tenho meia figura. O que queria que fizesse era que completasse a metade que está em falta. A metade que está em falta deve ser um reflexo da metade que está aqui. Para compreender melhor vou mostrar este exemplo.”

**Memória Verbal:** “Vou-lhe apresentar um conjunto de palavras que quero que memorize. Porque depois vou-lhe mostrar as mesmas palavras só que uma ou mais estarão omissas e vou querer que me diga qual ou quais são as palavras que estão em falta.”

**Código:** “Agora tem aqui uma tabela com cinco imagens diferentes.” [As imagens são nomeadas] “E se reparar cada imagem tem um número associado” [Indicar os números e as imagens a que estão associados] “Agora nesta tabela de baixo, só vai ter as imagens, e o que quero que faça é que escreva por baixo de cada uma, o número que lhe corresponde.”

**Planeamento:** “Vou-lhe apresentar um mapa de uma região com vários locais [enumera os locais]. Eu vou-lhe pedir que visite alguns dos locais, contudo há regras que precisa de obedecer.

A primeira é que não pode passar pela mesma rota duas vezes. Os únicos locais por onde pode passar por mais de duas vezes são as áreas assinaladas a cinzento. A segunda regra

é que tem de começar sempre na casa. Caso verifique que cometeu algum erro pode apagar e começar de novo.” [Entre cada nível é dada a indicação que é um novo dia]

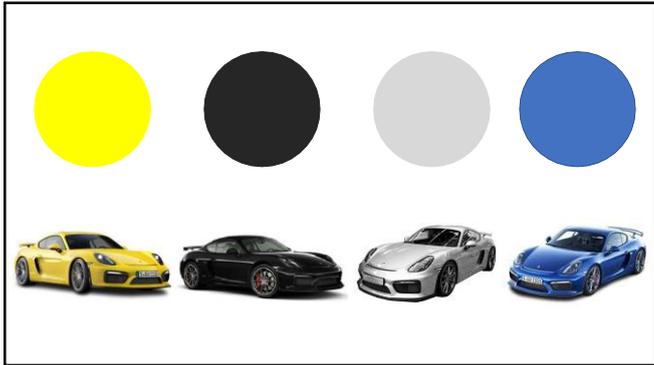
**Nível 1-** “Hoje precisa de ir ao hospital para ir à fisioterapia.”; “Quer ainda passar pela Worten para ver as promoções.”.

**Nível 2-** “Precisa de novamente ir ao hospital para ir à reabilitação cognitiva.”; “Com o tempo frio que tem estado, decidiu comprar um casaco à loja de roupa.”; “Decidiu que neste dia queria levar o cão a passear.”.

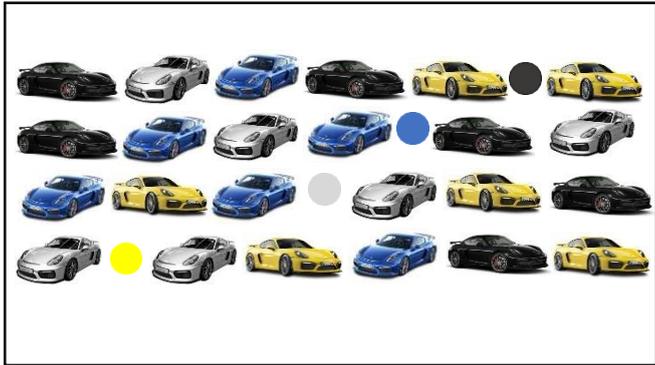
**Nível 3-** “Hoje decidiu ir dar uma volta ao parque,”; “Decidiu passar pela padaria para comprar um bolo para sobremesa.”; “Voltou à loja de roupa para comprar um cachecol.”; “Precisa ainda de ir ao supermercado comprar algumas coisas para o jantar.”.

**Nível 4-** “Apeteceu-lhe comprar umas bolachas e foi, por isso, ao supermercado.”; “Voltou à loja de roupa, para ver as promoções.”; “Precisou de comprar comida para o cão na loja de animais.”; “Quis comprar um jogo de consola e por isso foi à Worten para o reservar.”.

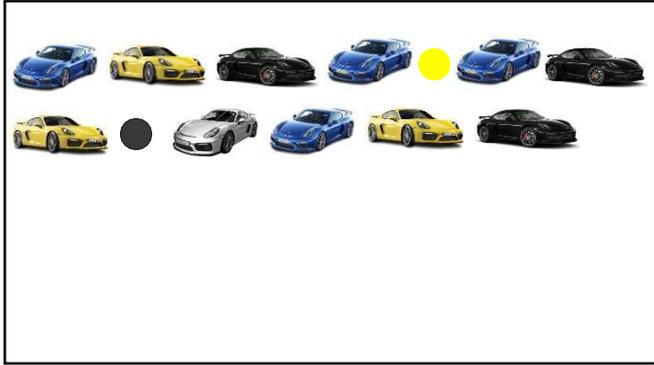
**Nível 5-** “Precisou de comprar mais algumas coisas para o jantar, e, portanto, voltou ao supermercado.”; “Teve que novamente voltar ao hospital para mais uma sessão de fisioterapia.”; “Decidiu ir comprar um lanche à padaria.”; “No final do dia, depois de ter feito tudo o resto, passa pela Worten para ir buscar o seu jogo.”.



1



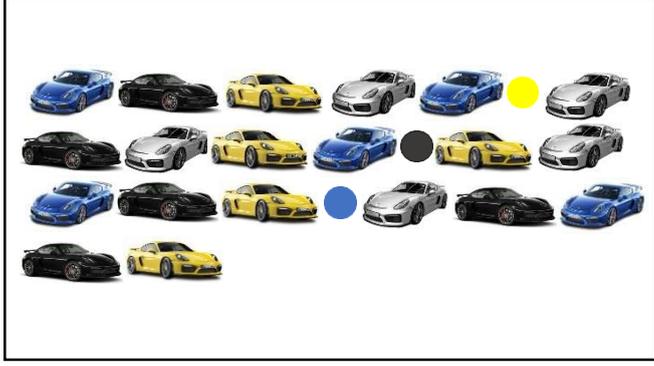
4



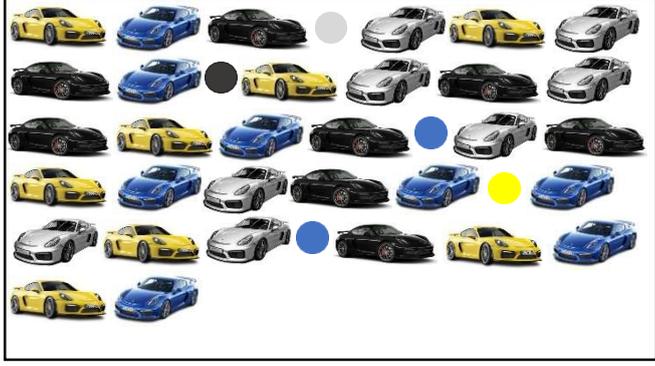
2



5

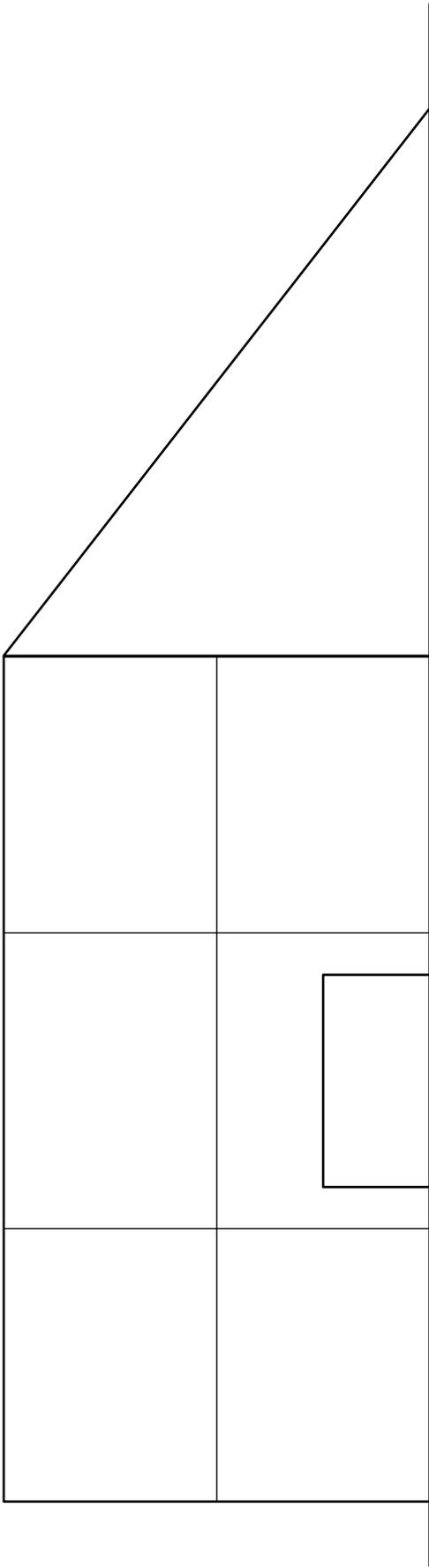


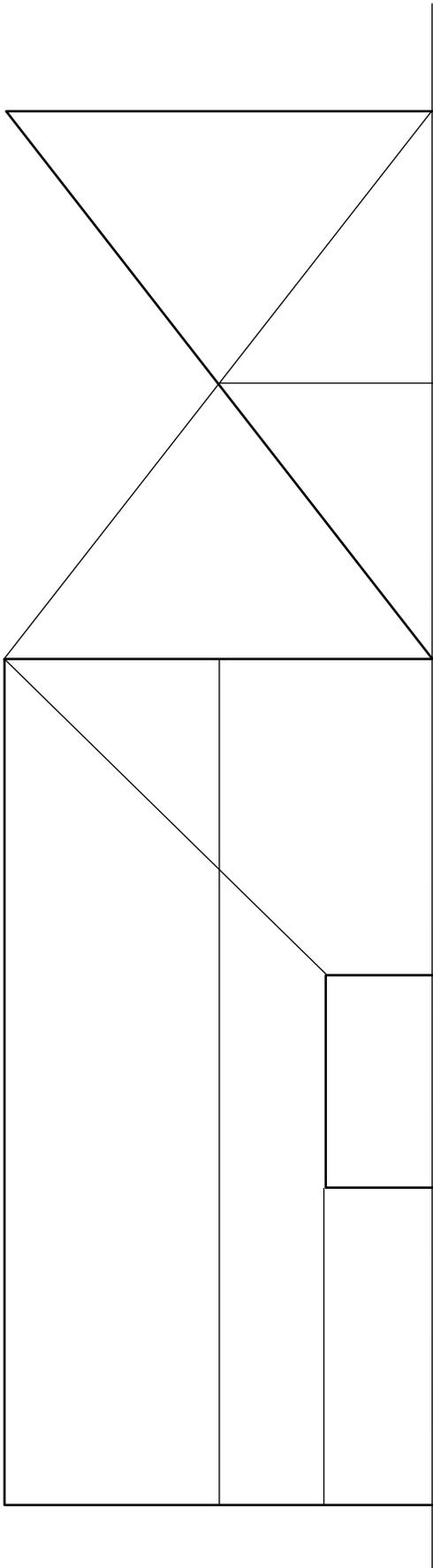
3

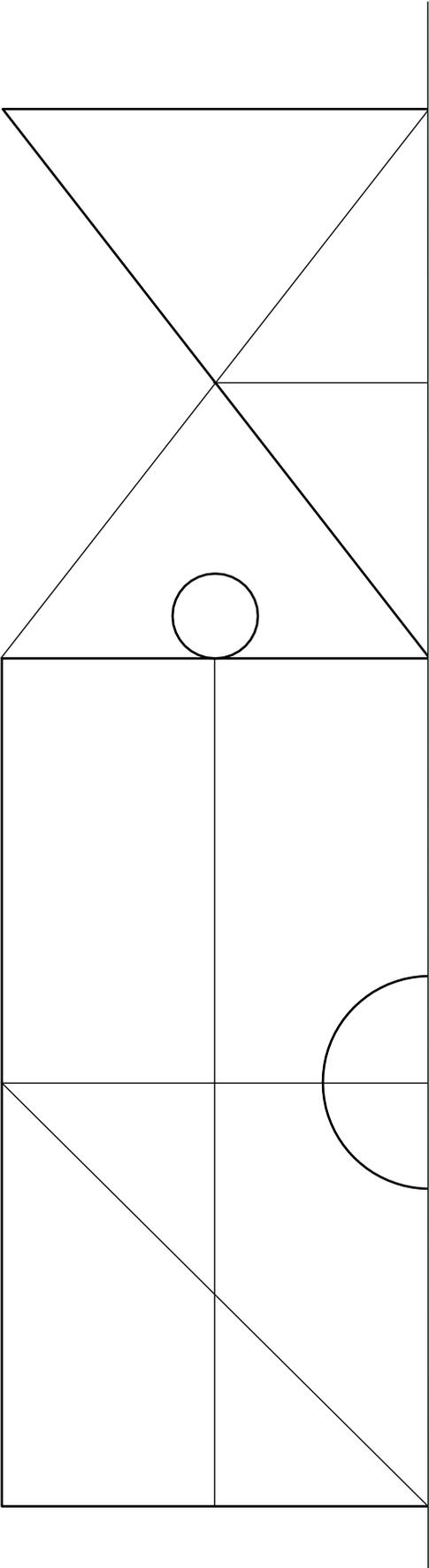


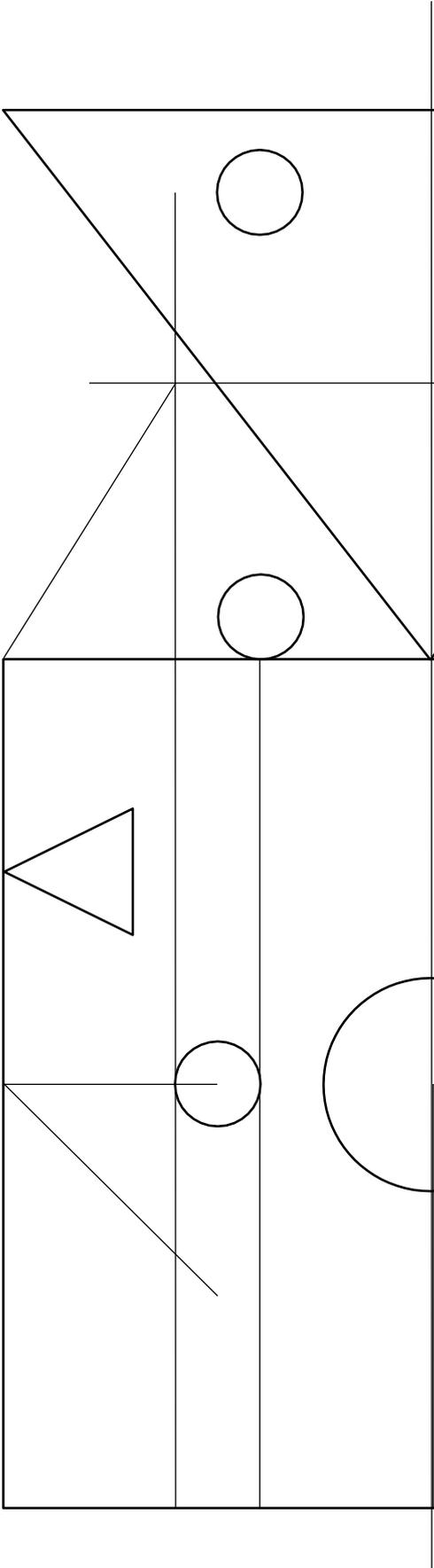
6

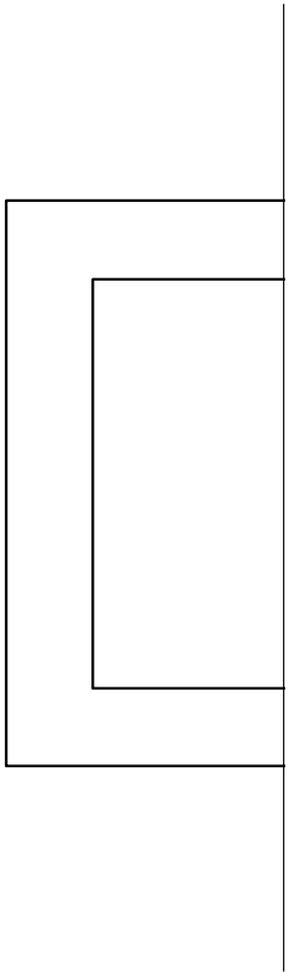


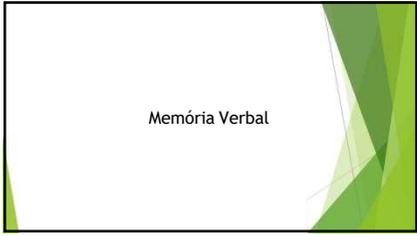








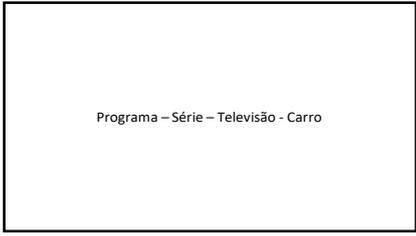




1



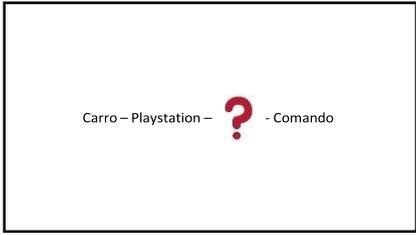
4



7



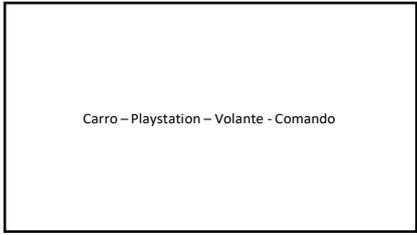
2



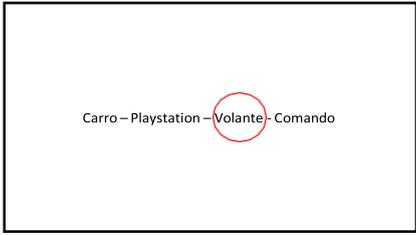
5



8



3



6



9

Programa – Série – Televisão – Carro

10

Série – Jogo – ? - Volante

13

Cão – Televisão – Volante – Comando - Playstation

16

Série – Jogo – Comando - Volante

11

Série – Jogo – Comando - Volante

14

17

12

Nível 2

15

Cão – ? - Volante – Comando - Playstation

18

Cão - Televisão - Volante - Comando - Playstation

19

Série - Televisão - ? - Playstation - Carro

22

25

Série - Televisão - Jogo - Playstation - Carro

20

Série - Televisão - Jogo - Playstation - Carro

23

Comando - Cão - Volante - ? - Pneu

26

21

Comando - Cão - Volante - Programa - Pneu

24

Comando - Cão - Volante - Programa - Pneu

27



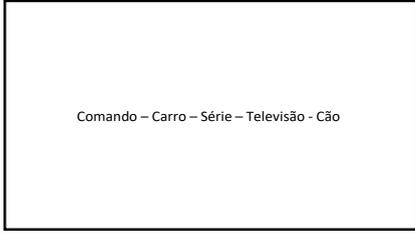
28



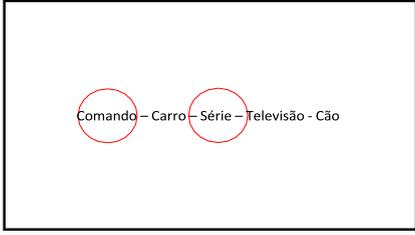
31



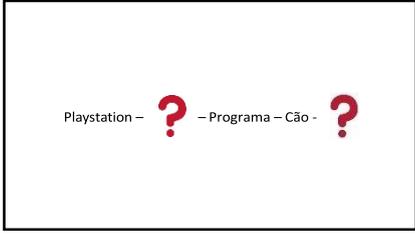
34



29



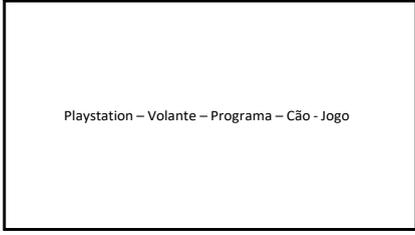
32



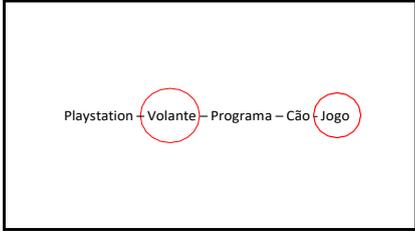
35



30



33



36

Série – Jogo – Comando – Carro - Pneu

37

Série – Jogo – Comando – Carro - Pneu

40

43

38

Nível 4

41

Série – ? – Volante – ? – Cão - Comando

44

Série – ? – ? – Carro - Pneu

39

Série – Televisão – Volante – Playstation – Cão - Comando

42

Série – Televisão – Volante – Playstation – Cão - Comando

45

Televisão – Jogo – Volante – Programa – Pneu - Comando

46

Televisão – Jogo – Volante – Programa – Pneu - Comando

49

Série – Jogo – ? – Carro – ? - Volante

52

47

Série – Jogo – Playstation – Carro – Pneu - Volante

50

Série – Jogo – Playstation – Carro – Pneu - Volante

53

? – Jogo – Volante – Programa – Pneu - ?

48

51

Nível 5

54

Carro – Volante – Programa – Cão – Comando - Série

55

Carro – Volante – Programa – Cão – Comando - Série

58

? - ? - Televisão – Carro – Comando - ?

61

56

Programa – Série – Televisão – Carro – Comando - Cão

59

Programa – Série – Televisão – Carro – Comando - Cão

62

Carro – ? - ? - Cão – Comando - ?

57

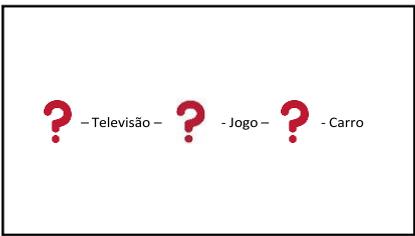
60

Série – Televisão – Pneu - Jogo – Playstation - Carro

63



64



65



66

1	2	3	4	5
				
				
				
				
				
				
				
				
				



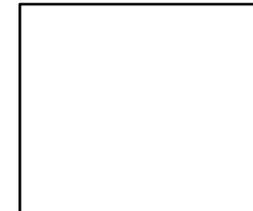
Worten



Hospital



Padaria



Loja de  
Roupa



Casa



Parque



Loja de  
Animais



Mercado