



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida

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

—

Gandra, abril de 2023

Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida

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

Trabalho realizado sob a Orientação de **Dra. G. M.**, e sob Supervisão de
Professora Doutora J. S.

Declaração de Integridade

Eu, Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou 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.

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I.....	3
1. Caracterização do Local de Estágio	3
1.1. Caracterização do Hospital	3
1.2. Área de Saúde Mental.....	4
1.3. Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde.....	5
Capítulo II.....	7
2. O Papel do Psicólogo.....	7
2.1. O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde em Contexto Hospitalar	7
2.2. O Papel do Neuropsicólogo Clínico.....	9
Capítulo III	10
3. Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular.....	10
3.1. Observação Participante de Consultas da Unidade de Psicologia	11
3.2. Elaboração de Planos de Consulta	12
3.3. Consultas Externas - Acompanhamento Individual e Avaliação (Neuro)Psicológica.....	13
3.4. Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua.....	17
3.5. Reuniões de Orientação.....	18
3.6. Reuniões de Supervisão.....	19
3.7. Reuniões da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde	19
3.8. Reuniões de Equipas Multidisciplinares.....	19
3.9. Formações.....	20
3.9.1. Formação em Serviço.....	20
3.9.2. Formação Complementar	21
3.10. Projetos de Investigação	21
3.11. Outras Atividades.....	22
3.11.1. Elaboração de Material Informativo.....	22

3.11.2. Partilha da Experiência de Estágio numa Unidade Curricular do 3.º Ano da Licenciatura em Psicologia	23
3.11.3. Apresentação da Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua numa Unidade Curricular do 3.º Ano da Licenciatura em Psicologia.....	23
3.11.4. Participação em Evento Científico	24
3.11.5. Participação no Seminário “Prevenção da Violência Doméstica”	25
Capítulo IV	25
4. Apresentação de Casos Clínicos	25
4.1. Caso Clínico C. A.	25
Elementos de Identificação.....	25
Proveniência e Natureza do Pedido	26
Exploração do Motivo da Consulta	26
Fontes de Informação.....	27
Processo de Observação Clínica	27
Informação Contextual.....	27
Processo de Avaliação (Neuro)Psicológica	33
Avaliação Instrumental.....	34
Enquadramento Global dos Resultados e Diagnóstico Diferencial	36
Concetualização do Caso Clínico.....	40
Plano de Intervenção (Neuro)Psicológica.....	44
Intervenção Neurocognitiva.....	45
Intervenção Psicoterapêutica.....	47
Reflexão Crítica do Caso Clínico	53
4.2. Caso Clínico A. S.	54
Elementos de Identificação.....	54
Proveniência e Natureza do Pedido	55
Exploração do Motivo da Consulta	55
Fontes de informação.....	56

Processo de Observação Clínica	56
Informação Contextual	56
Processo de Avaliação (Neuro)Psicológica	60
Avaliação Instrumental.....	60
Enquadramento Global dos Resultados e Diagnóstico Diferencial	62
Concetualização do Caso Clínico	65
Plano de Intervenção (Neuro)Psicológica.....	68
Intervenção Neurocognitiva	69
Intervenção Psicoterapêutica.....	70
Reflexão Crítica do Caso Clínico	72
Capítulo V	73
Reflexão Final.....	73
Referências Bibliográficas.....	77

Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma Familiar de C.....	26
Figura 2 - Esquematização do Processo de Avaliação e Intervenção Neurocognitiva e Psicoterapêutica de C.	45
Figura 3 - Genograma Familiar de A.....	55
Figura 4 - Esquematização do Processo de Avaliação e Intervenção Neurocognitiva e Psicoterapêutica de A.....	69

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Casos Clínicos Acompanhados Individualmente e Avaliados (Neuro)Psicologicamente.....14

Lista de Abreviaturas

- ACE-III – *Addenbrooke’s Cognitive Examination*
- APA – *American Psychological Association*
- AVLT – *Auditory Verbal Learning Test*
- BDI-II – *Beck Depression Inventory – Second Edition*
- BSI – *Brief Symptom Inventory*
- CAF – Centro Académico e de Formação
- CBCL – *Child Behavior Checklist*
- CD-RISC – Escala de Resiliência de Connor-Davidson
- CES – Comissão de Ética para a Saúde
- CTRF – *Caregiver Teacher Report Form*
- DLS – Doenças Lisossomais de Sobrecarga
- DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- EC – Estágio Curricular
- ECL – Escala de Culpabilidade no Luto
- ECPP – Escala de Crescimento Pós-Perda
- EHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
- EM – Equipa(s) Multidisciplinar(es)
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
- HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- IADL – *Instrumental Activities of Daily Living Scale*
- IFS – *INECO Frontal Screening*

IUCS-CESPU – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PCS – Psicólogo Clínico e da Saúde

PG-13 – *Prolonged Grief Disorder*

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PPR – Programa de Prevenção de Recaídas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TMT – *Trail Making Test*

TRF – *Teacher Report Form*

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UniPsi – Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

UTCO – Unidade de Tratamento Cirúrgico na Obesidade

VD – Visita Domiciliária

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WAIS-III – *Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition*

WMS-III – *Wechsler Memory Scale – Third Edition*

Introdução

O relatório em apreço insere-se no âmbito do Estágio Curricular (EC), integrado no plano de estudos do 2.º ciclo de formação em Psicologia, do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS - CESPU). Foi realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM), mais precisamente, na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UniPsi) de um Hospital da região Norte do país. O estágio decorreu sob orientação local da Dra. G. M. (Coordenadora da UniPsi) e sob supervisão da Professora Doutora J. S. (Docente do IUCS-CESPU), tendo início a 9 de outubro de 2021 e prolongou-se até 22 de novembro de 2022, contabilizando-se um total de 698 horas presenciais. Numa fase inicial decorreu de segunda a sexta-feira, consoante o horário dos Psicólogos destinados à orientação, permitindo-me realizar a observação participante de cada valência. Posteriormente, foi adaptado com base nas atividades em curso.

Importa realçar que o estágio corresponde a um período essencial no percurso académico de um estudante, uma vez que proporciona o primeiro contacto direto com a realidade clínica. O objetivo do EC centra-se numa componente prática, possibilitando a interação com profissionais das várias vertentes que a Psicologia envolve e a aproximação a casos clínicos reais, permitindo consolidar e aprofundar a aprendizagem, aplicando as competências e os conhecimentos técnico-científicos previamente adquiridos. Para além disso, viabiliza o desenvolvimento e enriquecimento do estudante ao nível ético-formativo e pessoal, incrementando a aquisição de competências cruciais à prática clínica e respetiva projeção enquanto futuro profissional, principalmente pelas vivências que se encontram acompanhadas de uma forte componente emocional. A frase de Carl Rogers *“Ser empático é ver o mundo através dos olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele”* ilustra, adequadamente, o que este período me confirmou, a importância de observar o indivíduo na sua própria perspetiva e compreender o seu “mundo”, visando, porém, uma abordagem holística e integradora, mas ao mesmo tempo individual, não descurando, nesse sentido, as suas idiosincrasias.

O propósito do relatório é descrever com clareza e detalhe, tanto quanto possível, as distintas atividades realizadas ao longo do EC, sob prática orientada e supervisionada, contextualizando e refletindo acerca do meu percurso enquanto estagiária de Psicologia. Desta forma, iniciarei o presente documento com o enquadramento e caracterização da instituição de acolhimento, clarificando a sua missão, dando a conhecer a sua estrutura organizacional e esclarecendo o funcionamento do SPSM, bem como o trabalho desenvolvido pela UniPsi, integrada no SPSM.

Adicionalmente, serão abordados os papéis do Psicólogo Clínico e da Saúde em Contexto Hospitalar, tal como do Neuropsicólogo Clínico. No capítulo seguinte, procede-se à apresentação do plano de atividades implementado ao longo do EC, seguindo-se a descrição estruturada dessas mesmas atividades e de outras complementares, realizadas *a posteriori*. Na quarta parte do relatório, e seguindo uma lógica mais prática, encontra-se a exposição de dois casos clínicos ilustrativos, selecionados por serem considerados como os mais desafiantes, contemplando a descrição, contextualização da problemática, processo de avaliação e intervenção proposta, à luz da abordagem da Teoria Cognitivo-Comportamental e da Neuropsicologia (Treino Cognitivo), incluindo uma reflexão integrada. Por fim, encontra-se a conclusão, com uma análise crítico-reflexiva pessoal do percurso, que me permitiu observá-lo retrospectivamente, destacar as suas potencialidades, assim como os principais desafios e dificuldades percebidas, terminando com a sumarização das competências e aprendizagens adquiridas desta experiência tão exigente e gratificante, que servirá, certamente, de fundamento para procurar evoluir diariamente, enquanto pessoa e futura profissional.

Capítulo I

1. Caracterização do Local de Estágio

1.1. Caracterização do Hospital

O Hospital da região Norte do país, é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), com 31 anos de funcionamento, que visa ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde. Esta unidade hospitalar, integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), presta serviços de assistência direta e prioritária à população dos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Vizela, abrangendo cerca de 245 mil utentes¹.

O Hospital é uma entidade de excelência, sendo uma referência no setor da saúde a nível nacional e internacional e a sua missão é promover a saúde na comunidade, prevenir a doença e assegurar cuidados de saúde especializados e diferenciados aos utentes, através da realização do Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação. Os serviços são prestados com elevados níveis de rigor, transparência e competência, reafirmando a evolução e utilidade técnica dos seus colaboradores, por cooperação mútua, honrando sempre o princípio da humanização, a centralidade do utente e valores como a dignidade, respeito e verdade. Um dos seus objetivos é fomentar o desenvolvimento de formação contínua, pré e pós-graduada, bem como de atividades de ensino e investigação científica em saúde de qualidade. Salienta-se que o Centro Académico e de Formação tornou-se, em 2022, o primeiro centro clínico certificado para investigação, agregado a um Hospital Público do SNS.

Na estrutura organizacional do Hospital são incorporados serviços de prestação de cuidados diversificados, divididos por diversas áreas. No âmbito dos cuidados agudos: Área Cirúrgica (destacando-se os serviços de Cirurgia Geral – Unidade de Tratamento Cirúrgico na Obesidade, UTCO –, Ortopedia, Bloco Operatório e Unidade de Cirurgia de Ambulatório); Área Médica (abrange, nomeadamente, os serviços de Cardiologia, Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação, Neurologia, Pneumologia, Oncologia Médica, Unidade de Hospitalização Domiciliária e Centro de Referência das Doenças Lisossomais de Sobrecarga – DLS); Área de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Ambulatório (contempla, entre outros, os serviços de Consulta Externa e Hospital de Dia); Área da Mulher e da Criança (composta pelos serviços de Ginecologia e Obstetria – Unidade de Procriação Medicamente Assistida, PMA –, Pediatria e Neonatologia); Área de Saúde Mental (que agrega o serviço de Psiquiatria – onde se integra a Unidade de Psicologia Clínica –, e de Pedopsiquiatria ou serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência) e Área de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos. Por sua vez, os cuidados continuados prestados à população são

¹ Considerando os dados dos CENSOS de 2021.

compostos pela Área de Continuidade de Cuidados (que inclui a Unidade de Convalescença, a Equipa de Gestão de Altas, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – EIHSCP e a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário – UMAD).

A instituição em 2007 foi transformada, após modificações estruturais, numa entidade de capital exclusivamente público, e é atualmente constituída por três edifícios distintos. O edifício principal integra a Consulta Externa I, o Serviço de Urgência, o Internamento, a Farmácia de Ambulatório e a Unidade de PMA. Outro dos edifícios contempla a Consulta Externa II, o Serviço de Oftalmologia, a Fisiatria, a Medicina do Trabalho, a Unidade da Dor, os Cuidados Paliativos e a Área de Saúde Mental. O terceiro edifício, de implementação recente, é composto pela Consulta Externa III e pelo Hospital de Dia.

1.2. Área de Saúde Mental

A área de Saúde Mental surgiu para suprir a escassez de cuidados neste âmbito e assegura a prestação de serviços assistenciais especializados no Hospital, priorizando o atendimento à comunidade. O SPSM foi fundado em 2000, seguindo-se a criação da UniPsi em 2011 e do serviço de Pedopsiquiatria em 2013. Na atualidade, o SPSM engloba uma Equipa Multidisciplinar (EM), constituída por Psiquiatras (9 Psiquiatras e 4 internos de especialidade), sendo um deles o Diretor do Serviço; Pedopsiquiatras (5 a tempo inteiro); Psicólogos (5 residentes e 3 que se encontram a realizar estágio profissional), um deles Coordenador da Unidade de Psicologia; Enfermeiros (14 em regime de trabalho rotativo); Assistentes do Serviço Social, Operacionais e Administrativos.

Os objetivos do SPSM passam pela prevenção, diagnóstico e tratamento das perturbações mentais, tal como pelo desenvolvimento de investigação científica na área, propiciando, consequentemente, a formação prática e contínua de alunos da área da saúde.

No que concerne à estrutura organizacional, o SPSM providencia um espectro de atuação diverso na assistência de situações específicas, através das Unidades de Psicogeriatría e Perturbações Neurocognitivas, de Intervenção em Crise, de Psiquiatria do Adulto – Casal, Forense e Dor, Psiquiatria da Infância e Adolescência (Pedopsiquiatria) e de Psicologia. Procede, igualmente, à ação em contexto de internamento e no âmbito domiciliar comunitário (Visita Domiciliária – VD), por meio da avaliação e acompanhamento clínico e social, sendo que nestes casos os diversos profissionais de saúde mental prestam assistência técnica a utentes com doença mental grave.

No regime de internamento de Psiquiatria, situado no Edifício da Consulta Externa II, piso 3, encontram-se disponibilizadas quinze camas para utentes admitidos em contexto de crise, sendo estes imediatamente acompanhados pelo Hospital de Dia e pela Consulta Externa, permitindo

proporcionar cuidados especializados, como a monitorização do tratamento, avaliação e acompanhamento regular de utentes com terapêutica injetável de longa duração, quando aplicável. No âmbito da intervenção comunitária, mas também hospitalar, implementou-se, em 2014, um Programa de Prevenção de Recaídas (PPR) para utentes com patologia mental grave, sendo-lhes prestado, após alta do internamento, suporte domiciliário semanal agendado previamente (VD), normalmente às sextas-feiras da parte da manhã, pelas diferentes valências do SPSM (Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social), em regime rotativo. A principal finalidade deste *follow-up* respeita à promoção do desenvolvimento psicossocial, redução da incidência de comportamentos de risco e de tentativas de suicídio, através da sinalização atempada de situações de risco em vários domínios (psiquiátrico, psicológico e social). Pretende-se, também, potencializar e promover a adesão terapêutica e consequente recuperação, diminuir a necessidade de internamentos e institucionalizações e, ainda, colmatar a limitada assiduidade às consultas e respetivos tratamentos.

1.3. Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

A UniPsi encontra-se integrada no SPSM e foi criada em 2011, embora existam Psicólogos em função no serviço de Psiquiatria desde 2000. A unidade detém autonomia funcional e individualidade técnica e funciona nos dias úteis, das 8:00h às 18:30h, contando com a atuação de oito psicológicos.

A missão da UniPsi perspetiva a proximidade relacional e a cooperação mútua entre os psicólogos e os demais profissionais do serviço. O objetivo primordial da atuação passa pela prestação de cuidados ao nível de saúde mental, em pleno respeito dos padrões éticos e deontológicos, centrada na perspetiva do modelo biopsicossocial, por profissionais com competência técnica para realizar avaliação psicológica e neuropsicológica, psicoterapia, intervenção, orientação e acompanhamento psicológicos nos diferentes domínios. Esta atividade é desenvolvida por resposta às sinalizações dos diferentes serviços hospitalares² (ambulatório – consulta externa, internamento e contexto domiciliário) e em articulação com os mesmos, ou mesmo do exterior, objetivando colmatar as necessidades e melhorar a prestação de cuidados diversificados. Para tal, disponibilizam-se consultas de: Intervenção em Crise, Saúde Mental em Adultos, Infantojuvenil (intervenção específica na infância e adolescência, em crise, na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), em alterações do comportamento e psicometria), consulta de Neuropsicologia, consulta de Casal e consulta de Dor. São também providenciadas consultas de Grupo para intervenção em diversas temáticas, junto de utentes com patologia orgânica (Cancro da

² Os pedidos internos são recebidos pela UniPsi, quando solicitada a sua intervenção. Em contrapartida, os pedidos do exterior são rececionados pelo SPSM, que procede ao seu encaminhamento para a UniPsi, se entenderem pertinente, passando primeiro pelo crivo de um dos Psiquiatras do serviço.

Mama e Dor Crónica), perturbações mentais (Ansiedade e Depressão), para cuidadores de utentes anteriormente acompanhados pela EIHSOP (Grupo de Luto), para intervenção junto de pais (Grupo de Neonatologia) e com pais e filhos (Grupo de PHDA).

Além dos serviços já existentes e para possibilitar respostas adequadas às necessidades dos utentes, alargando o âmbito de atuação, a unidade estabeleceu protocolos de cooperação com outros serviços hospitalares, como a EIHSOP, a Unidade de Oncologia e de Dor Crónica, para a realização de consultas de Psico-oncologia, Psicologia na Dor Crónica, Psicologia nos Cuidados Paliativos, Psicologia de Família e Psicologia de Luto. Outras das consultas realizadas por meio de protocolos são as de diabetes infantil, de acompanhamento psicológico ao casal na PMA – em colaboração com a Unidade –, na Obesidade, por colaboração com a UTCO e nas DLS, em cooperação com o Centro de Referência. Importa referir que a atuação nas áreas específicas de PMA, Obesidade e DLS, o Hospital atua como referência, para além dos concelhos a quem presta serviços de assistência direta, para a população dos concelhos de Famalicão, Felgueiras, Mondim de Basto e Celorico de Basto. Através dos protocolos de cooperação, é relevante sublinhar que existe pelo menos um Psicólogo enquanto elemento integrante de cada uma das diversas EM, enriquecendo e complementando a sua ação, tal como facilitando a ligação e a comunicação entre estas e a unidade. Neste sentido, os profissionais da unidade prestam assistência, com base em determinados protocolos desenhados e adaptados a principais problemas identificados numa população-alvo restrita (e.g. utentes com PHDA), delimitada mediante critérios de inclusão específicos e com propósitos distintos ao nível da avaliação clínica, orientação, intervenção e acompanhamento psicológico, considerando as suas especialidades clínicas. Daí que as solicitações recebidas sejam distribuídas pelos profissionais responsáveis pelo protocolo terapêutico em causa, visando uma resposta adaptada e especializada, consoante o pedido formulado e a prioridade (urgente ou normal).

Face ao exposto, constata-se que o leque de intervenção da UniPsi abrange diferentes faixas etárias, desde a infância à terceira idade, com patologias diversificadas. Assim, e quanto às modalidades de consulta, estas dividem-se em: individual, casal, familiar ou em grupo³ (Wahass, 2005), sendo as últimas disponibilizadas para facilitar uma resposta alargada e uma intervenção atempada na resolução de diversas problemáticas.

Note-se que o foco da atividade da unidade não passa só por atuação junto dos utentes na educação para a saúde mental e intervenção neste âmbito, centrando-se também pela oferta de

³ Em cumprimento da competência geral das UniPsi (“Efetuar aconselhamento psicológico individual, familiar ou de grupo” – p. 28), designada no Relatório Final do Grupo de Trabalho para análise, estudo e elaboração de propostas relativamente aos modelos de organização da prestação de cuidados na área da Psicologia no SNS (Grupo constituído através do Despacho n.º 13278/2016, de 7 de novembro – <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13278-2016-75676512>). Relatório disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/RelatorioFinalModelosOrganizacaoPsicologiaSNS_rev_consulta_publica.pdf.

suporte técnico e instrumental a todos os prestadores de cuidados da entidade, contribuindo para a promoção e manutenção de saúde dos profissionais que colaboram diariamente no Hospital. Além do sublinhado, a UniPsi impulsiona o envolvimento, tanto dos profissionais colaboradores como dos estagiários, em atividades de formação contínua promovida pela instituição e incrementada pelos profissionais residentes (Trindade & Teixeira, 2002). Destacando-se, ainda, a aposta no desenvolvimento da componente de investigação científica, em conjunto com profissionais que colaboram com o SPSM e com instituições do ensino superior, com as quais o Hospital estabelece protocolos de parceria e cooperação interinstitucional, com o intuito de contribuir para a aplicação de conhecimentos, para o avanço da evidência científica e para a melhoria da resposta em saúde. Permitindo, assim, alcançar a excelência técnica dos colaboradores da UniPsi e a distinção académica dos alunos das instituições do ensino superior que realizam estágios na unidade.

Capítulo II

2. O Papel do Psicólogo

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

A Psicologia Clínica e da Saúde é uma especialidade de conhecimento e prática reconhecida pela *American Psychological Association* (APA) desde 1997⁴, fundamentada na Psicologia da Saúde, que se debruça nas interações de múltiplos fatores (psicológicos, sociais, culturais e biológicos), relacionados com a saúde e bem-estar de diversas populações. Definida como a “aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia” (Pais-Ribeiro & Leal, 1996, p. 595), atua através da implementação de serviços clínicos com vista à prevenção, gestão e tratamento de incapacidades e doenças (APA, 2022; Trindade & Teixeira, 2002).

Em Portugal, e segundo o documento das orientações para as especialidades da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), consideram-se especialistas em Psicologia Clínica e da Saúde⁵ “os profissionais a quem é reconhecida competência científica de aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação” (OPP, 2018a, p. 2). De acordo com esta definição, compreende-se que a atuação de um Psicólogo Clínico e da Saúde (PCS) é ampla, operacionalizando a sua intervenção quer de modo independente na resposta às solicitações que lhe são direcionadas,

⁴ Fonte: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/recognized>.

⁵ Especialidade reconhecida no artigo 5.º, n.º 1, alínea a), do Regulamento n.º 107-A/2016, de 29 de janeiro. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/107-a-2016-73357891>.

prestando atendimento aos utentes, quer como parte integrante de uma EM (Wahass, 2005), cooperando, por interdisciplinaridade, com elementos de equipas técnicas de saúde, como médicos especialistas, enfermeiros, técnicos superiores (e.g. nutricionistas e assistentes sociais), entre outros, objetivando a otimização na prestação de cuidados ao utente e seus familiares. Especificamente, o PCS detém um papel importante na promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida do indivíduo, na prevenção, avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e tratamento da perturbação física e mental (Pais-Ribeiro & Leal, 1996; Wahass, 2005), bem como na reabilitação do doente (Teixeira, 2003). A atuação da Psicologia ocorre mediante a atenção prestada ao paradigma biopsicossocial, considerando as experiências subjetivas dos utentes e as dimensões psicológica, biológica e social da doença. Este modelo visa, essencialmente, uma resposta holística dos cuidados de saúde, atendendo às necessidades dos utentes e suas famílias (Wahass, 2005).

Em contexto hospitalar, o Psicólogo intervém junto de serviços de diversas especialidades médicas e cirúrgicas (e.g. Pediatria, Oncologia, Gastroenterologia e Cardiologia), adotando um papel essencial, contribuindo na intervenção em questões como: adaptação à doença e adesão à terapia medicamentosa e/ou tratamentos, gestão de dor crónica, de *stress* e ansiedade relacionados com procedimentos médico-cirúrgicos (OPP, 2015; Trindade & Teixeira, 2002). Deste modo, a tendência tem sido, predominantemente, a focalização em aspetos psicológicos relacionados com doenças (Teixeira, 2003). Esta atuação dos serviços ou unidades de Psicologia em articulação com serviços hospitalares visa a prestação de cuidados de saúde integrados e colaborativos, potenciando a intervenção na saúde física e mental (Despacho n.º 11347/2017, de 27 de dezembro⁶).

Atualmente, o PCS no Hospital, mais especificamente na UniPsi, atua em diversos contextos, entre os quais quadros psicopatológicos, de défices cognitivos ou demências, em alterações patológicas orgânicas ou secundárias, na realização de avaliações (neuro)psicológicas e respetivo psicodiagnóstico – recorrendo à entrevista, à observação clínica e a escalas psicométricas empiricamente validadas, visando planear e orientar a intervenção clínica necessária (e.g. Psicoterapia ou encaminhar para serviço de imagiologia). A sua intervenção baseia-se na informação previamente recolhida, focando-se, nomeadamente, na promoção da mudança de comportamentos, gestão emocional, adoção de estratégias adaptativas, no reforço motivacional, na facilitação da adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, na monitorização da evolução da doença, possibilitando a adaptação à mesma. Neste âmbito, a OPP, em 2015, apontou a carência de Profissionais de Psicologia no SNS, deixando comprometida a sua atuação ao nível dos comportamentos no campo da saúde, possibilitando um agravamento do risco de agudização das

⁶ Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11347-2017-114412218>.

patologias. Esta escassez da inserção profissional dos psicólogos e, conseqüentemente, as respostas limitadas, persistem na atualidade, embora se tenham verificado alguns avanços, ainda que extremamente distantes de corresponder às necessidades dos utentes e dos serviços de saúde (Teixeira, 2003). Ainda assim, o PCS assume uma diversidade de funções no contexto hospitalar, como de Clínico, Neuropsicólogo e Orientador, envolvendo-se também em atividades de ensino, formação, pesquisa e investigação (Trindade & Teixeira, 2002; Wahass, 2005).

2.2. O Papel do Neuropsicólogo Clínico

A Neuropsicologia⁷ é um ramo da Psicologia e é definida como “A disciplina psicológica (ciência) enquadrada no campo das neurociências, que estuda as relações existentes entre o cérebro, os processos cognitivos superiores e o comportamento humano” (González et al., 2003, p. 68). Compreende-se, portanto, que a Neuropsicologia se encontra relacionada, essencialmente, à Psicologia e às Neurociências, sendo entendida como uma ciência psicobiológica, cujo método é experimental (científico natural) (González et al., 2003). O leque de atuação desta especialidade abrange a área Clínica, Forense e Educacional (Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia, 2022).

No que concerne à Neuropsicologia Clínica⁸, é uma atividade que se enquadra no domínio da intervenção psicológica, fundamentando-se, cientificamente, na Neuropsicologia Humana (González et al., 2003), que se debruça sobre como a disfunção cerebral se expressa ao nível comportamental (Lezak et al., 2012). Ou seja, visa inferir alterações no funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental do indivíduo, bem como a sua relação com o sistema nervoso, de modo geral, e o cérebro, em particular (Kosmidis et al., 2022; OPP, 2018b).

A APA (Executive Committee of Division 40 of the APA, 1989) define um Neuropsicólogo Clínico como um profissional que “aplica princípios de avaliação e intervenção com base no estudo científico do comportamento humano no que se refere ao funcionamento normal e anormal do sistema nervoso” (p. 22). Este utiliza o conhecimento técnico-científico que detém (OPP, 2018b), recorrendo aos dados obtidos na entrevista clínica, respetivas observações e interpretação de resultados dos testes de avaliação neuropsicológicos aplicados (Kessels et al., 2012), quer para realizar diagnósticos e prognósticos e/ou elaborar planos de atuação junto de utentes. Assim, o objetivo da avaliação neuropsicológica é identificar, descrever, delimitar e quantificar os défices cognitivos, afetivos (OPP, 2018b) e as alterações comportamentais que se verificam como resultado de disfunções e lesões

⁷ Em Portugal, a Neuropsicologia foi considerada, pela OPP, como especialidade avançada, através do Regulamento n.º 107-A/2016 de 29 de janeiro, de acordo com o Anexo I, alínea d) (<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/107-a-2016-73357891>).

⁸ Com o interesse crescente nesta área, a APA formou, na década de 80, a Divisão 40: Divisão de Neuropsicologia Clínica. No entanto, o estatuto de especialidade só foi reconhecido em 1996: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/recognized> (Bieliauskas & Mark, 2018). Em 2013, a divisão alterou o nome para *Society for Clinical Neuropsychology*: <https://www.apa.org/about/division/div40> (Bieliauskas & Mark, 2018).

cerebrais, complementando com a análise da topografia e extensão do dano (Ardila & Ostrosky, 2012), contribuindo para um diagnóstico diferencial (González et al., 2003). Neste sentido é, também, função do Neuropsicólogo a elaboração de relatórios e devolução de resultados ao utente e ao profissional que solicitou a avaliação ou encaminhou o caso, o planeamento do tratamento a executar, o acompanhamento da evolução dos programas de reabilitação implementados e a avaliação da eficácia da intervenção neuropsicológica (González et al., 2003; OPP, 2018b).

Na UniPsi são realizadas consultas de Neuropsicologia e os pedidos advêm, maioritariamente, do serviço de Neurologia, sendo solicitadas avaliações neuropsicológicas a utentes que apresentam queixas cognitivas subjetivas, sintomas precursores de demência, diagnóstico de demência e outras encefalopatias e/ou alterações nos exames de neuroimagem, visando inferir a sua afetação ao nível cognitivo, emocional ou comportamental. Estes pedidos internos podem, igualmente, fundamentar-se em hipóteses previamente estabelecidas pelos profissionais, mediante alterações apresentadas pelo utente no decorrer do acompanhamento num determinado serviço ou por lesões de diversa espécie (e.g. traumatismo, acidente vascular cerebral). Compreende-se, então, que a avaliação neuropsicológica é um recurso importante para utentes que apresentem défices em diversos domínios ou num só, permitindo especificá-los através do diagnóstico e proceder à orientação para a intervenção necessária, ou seja, para reabilitação neurocognitiva ou neuropsicológica.

Capítulo III

3. Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular

O Estágio iniciou-se a 9 de outubro de 2021 e a sua finalização ocorreu a 22 de novembro de 2022, sendo contabilizadas 698 horas. Logo após o acolhimento por parte da UniPsi, foi realizada uma reunião com a orientadora local para delineamento e clarificação das atividades a realizar no decorrer do EC, entre as quais a observação participante numa primeira fase, as reuniões de orientação, supervisão e das EM, a elaboração de planos de avaliação e realização de consultas, a intervenção em grupo, as atividades de formação e os projetos de investigação.

Na sequência desta reunião, concetualizou-se o Plano de Atividades, que veio a sofrer alterações pela integração de novas atividades e ajuste das delineadas anteriormente. Segue-se, ao longo do relatório, a descrição pormenorizada do trabalho desenvolvido.

3.1. Observação Participante de Consultas da Unidade de Psicologia

No primeiro trimestre do EC, com vista a promover a integração e adaptação ao funcionamento e logística do SPSM, houve a oportunidade de proceder à observação de consultas de ambulatório realizadas pelos Psicólogos que integram a unidade. Deste modo, observei 130 consultas individuais e uma de grupo, com o consentimento dos utentes (e respetivos progenitores quando fosse o caso), tanto primárias como subsequentes – respeitando a triagem, avaliação e intervenção, de acordo com vários protocolos existentes, entre os quais Psicologia: Familiar, Oncológica, em Cuidados Paliativos, nas Doenças Neuromusculares, na Dor Crónica, no Luto; Saúde Mental (Adultos); Intervenção em Crise; Psicologia de Ligação⁹; Acompanhamento no Tratamento Cirúrgico da Obesidade (consulta individual e de grupo¹⁰); Neuropsicologia e nas doenças raras - DLS (e.g. Doença de Fabry e Doença de Pompe). Por sua vez, na área da Psicologia Infantojuvenil os protocolos base de atuação intitulam-se como: Psicologia Clínica; Psicometria; Intervenção em Crise; Gestão de Crise e PHDA. Neste sentido, as consultas observadas respeitaram a utentes de diversas faixas etárias, de patologias e/ou problemáticas distintas, consoante o pedido de encaminhamento para a UniPsi, rececionado pela coordenadora da unidade, que procedeu à distribuição pelos profissionais, conforme os protocolos que servem de base para a sua atividade clínica.

Esta primeira fase da experiência de observação possibilitou um contacto próximo, embora indireto (Page et al., 2008), com a prática clínica diversificada e com o *setting* terapêutico no contexto hospitalar, tendo sido primordial para a compreensão da dinâmica prática de atuação clínica dos Psicólogos residentes da unidade, através de distintas abordagens teóricas, contribuindo para a consolidação de conhecimento previamente adquirido e para a aquisição de novas competências de avaliação e intervenção, assim como para o esclarecimento de dúvidas, partilha de aptidões, conhecimento e de reflexões, considerando o espectro alargado de consultas presenciadas. Similarmente, o facto de, quando possível, o Psicólogo ter realizado um enquadramento da história e problemática do caso dos utentes em observação auxiliou na assimilação dos conteúdos.

Fora deste período e ao longo do estágio, proporcionou-se a possibilidade de realizar observação de consultas dos Psicólogos que se encontravam em estágio profissional, predominantemente de Neuropsicologia (10 consultas – sobretudo de avaliação); uma consulta de Psicoeducação e uma sessão de intervenção em Grupo destinada a utentes com Cancro da Mama; uma consulta de intervenção em crise no internamento de Psiquiatria e realização de atividades

⁹ Nesta consulta é prestado apoio a utentes internados em determinados serviços. Para tal, é formulado um pedido de colaboração pelos médicos especialistas baseando-se, na maioria, em apresentação de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e dificuldades de aceitação da situação clínica. O Psicólogo também colabora oferecendo, neste contexto, acompanhamento psicoterapêutico a utentes seguidos por EM.

¹⁰ A consulta de grupo observada correspondia a uma primeira sessão de índole psicoeducativa, onde foram esclarecidos os procedimentos pré e pós-cirúrgicos. Esta sessão foi dinamizada por profissionais da EM da UTCO, de especialidades como Cirurgia Geral, Nutrição e Psicologia.

junto dos utentes em regime de internamento psiquiátrico (e.g. exercícios de relaxamento muscular progressivo e de respiração diafragmática). Além disso, foi possível acompanhar a realização de consultas a utentes internados em diversos serviços (e.g. Ortopedia, Oncologia, Medicina Interna) e acompanhar, por duas vezes, a coordenadora da UniPsi em consultas domiciliares, na intervenção em contexto de VD e no âmbito do PPR, para monitorização e avaliação do estado mental dos utentes com perturbações mentais graves e também para controlo da sintomatologia, deteção de recaídas e sinalização de comportamentos de risco. Como mencionado, este acompanhamento ocorre semanalmente, e a Psicologia intervém, por norma, na primeira sexta-feira de cada mês. Numa outra oportunidade, acompanhei duas enfermeiras da Equipa do internamento de Psiquiatria na administração do injetável (antipsicótico) no domicílio, também no âmbito da VD.

Para a maioria das consultas observadas, a partir da segunda semana, foi solicitado que elaborasse as notas clínicas das mesmas, que seriam enviadas à orientadora para análise e discussão nas reuniões de orientação. Definiu-se que o critério de seleção da consulta para a sua formulação seria, pelo menos, uma nota clínica de cada protocolo em que o Psicólogo atuava. Contudo, era tomada a iniciativa de elaborar cerca de três notas clínicas de cada protocolo, objetivando o treino de observação e interpretação clínica e a melhoria da linguagem técnico-científica. Para este fim, eram efetuados apontamentos pessoais de todas as consultas, com o intuito de auxiliar no processo de elaboração das notas clínicas.

Sublinho que esta etapa inicial foi primordial para estruturar um raciocínio teórico-prático, que contribuiu para assegurar, futuramente, o início da realização de consultas de forma autónoma.

3.2. Elaboração de Planos de Consulta

No decurso do período estipulado para observação, foi solicitado pela orientadora a elaboração de planos de consulta para preparação atempada da atuação a efetuar posteriormente. Assim, no início de novembro de 2021 foram entregues, para análise e discussão, dois planos de consulta de Psicologia Infantojuvenil, mais especificamente do protocolo de Psicometria, um para proceder à avaliação do desenvolvimento mental, e outro plano de consulta para avaliação do desempenho intelectual, tendo sido sujeitos a pequenas alterações. Logo de seguida, foi distribuído um pedido para uma avaliação neuropsicológica, sendo solicitada a elaboração de outro plano para análise e reflexão. Na conceção deste plano de avaliação foi solicitado auxílio a um profissional especializado em Neuropsicologia, para análise do esboço do protocolo proposto a aplicar ao utente. Este veio a sofrer ajustes, sendo analisado e discutido com a orientadora. Após indicação de que estes documentos se encontravam conformes, prosseguiu-se para a fase de delineamento das consultas

(análise dos processos individuais, permitindo reunir a informação clínica necessária) e agendamento das mesmas. Ademais, e à medida que eram distribuídos os casos para avaliação, elaboravam-se, subsequentemente, planos de consulta para cada um destes, definindo-se os instrumentos a utilizar em função dos pedidos formulados, sendo sujeitos a análise detalhada, às alterações necessárias e posterior reanálise, no decorrer das reuniões de orientação.

3.3. Consultas Externas - Acompanhamento Individual e Avaliação (Neuro)Psicológica

O objetivo elementar de um EC é a prática clínica, ou seja, o desenvolvimento de competências que permitam a realização de um acompanhamento autónomo dos utentes. Assim, foram-me distribuídos, no decorrer da fase destinada à observação participante, casos clínicos para proceder à elaboração dos planos mencionados no ponto anterior e à posterior realização da avaliação (neuro)psicológica e, se assim se entendesse benéfico, efetuar intervenção (mediante prévia elaboração de plano a ser implementado). Deste modo, no sentido de me tornar um elemento ativo no funcionamento da UniPsi e no âmbito da prática autónoma supervisionada, foram realizadas, ao longo do EC, 30 consultas externas individuais de Psicologia e Neuropsicologia e 157 em contexto de intervenção psicológica em grupo psicoeducativo e de ajuda mútua no luto (conforme apresentado no anexo X). Este processo teve início a 13 de janeiro, tendo cessado em 19 de setembro de 2022.

Na impossibilidade de proceder a uma descrição aprofundada de todos os processos de avaliação e orientação no presente relatório, apresenta-se, na Tabela 1, uma síntese que contempla informação relativa aos sete casos individuais que tive oportunidade de acompanhar, recorrendo-se à utilização de iniciais para identificação dos utentes, permitindo salvaguardar a sua identidade, cumprindo o princípio da confidencialidade no tratamento de dados pessoais e respeitando o direito à privacidade e ao anonimato. Os dois casos que se encontram destacados com fundo cinzento foram os selecionados para caso clínico, os quais serão descritos e analisados de forma mais detalhada no [Capítulo IV](#). A escolha centra-se na problemática em causa, no desafio aliado ao planeamento da intervenção e à realização da mesma, como também no número de sessões superior aos restantes.

Tabela 1

Casos Clínicos Acompanhados Individualmente e Avaliados (Neuro)Psicologicamente

Identificação (Nome, idade e sexo)	Data do Pedido e Serviço Requiritante	Consulta Solicitada	Motivo de Encaminhamento/ Problemática	Número de Sessões	Avaliação (Neuro)Psicológica (instrumentos aplicados)	Intervenção/ Abordagem Terapêutica	Parecer Clínico/ Observações
M. O. 3 anos (M)	02/11/2021 Neuropediatria	Psicologia Infantojuvenil	Linguagem com poucas frases e frases simples. Linguagem mais à custa de palavras.	4	- Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (3-8 anos); Questionários de Avaliação do Comportamento (<i>Child Behavior Checklist</i> – CBCL e <i>Caregiver Teacher Report Form</i> – CTRF) ¹¹ .	- Psicoeducação para pais acerca da Regularização do Sistema de Eliminação.	Sem critérios psicopatológicos ou comportamentais que justifiquem o acompanhamento na UniPsi – Alta.
G. F. 13 anos (F) ¹²	23/11/2021 Pediatría de Desenvolvimento	Psicologia Infantojuvenil	“ADPM global, dificuldade na aprendizagem e linguagem. Hemiparesia esquerda. PDI???” “Solicito avaliação cognitiva formal (para decidir investigação)”	3	- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3.ª Edição (WISC-III); Questionários de Avaliação do Comportamento (CBCL e <i>Teacher Report Form</i> – TRF); Escala <i>Conners</i> para Pais e Professores ¹³ .	- Psicoeducação acerca de Práticas Educativas Parentais.	Sem critérios psicopatológicos ou comportamentais que justifiquem o acompanhamento na UniPsi – Alta.
J. M. 51 anos (M)	24/11/2021 Psiquiatria Saúde Mental	Neuropsicologia	Doente com déficits em estudo. Alterações na RMN frontais. Necessita avaliação neuropsicológica.	2	- <i>Addenbrooke’s Cognitive Examination</i> (ACE-III); <i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> (Y-BOCS); <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI); Figura Complexa de Rey; <i>Trail Making Test</i> (TMT); <i>INECO Frontal Screening</i> (IFS).	_____	Tendo sido realizada avaliação para dar resposta ao pedido e por falta de motivação do utente foi dada Alta da UniPsi.

¹¹ A avaliação realizada a crianças e adolescentes considera os diferentes contextos em que se inserem, motivo pelo qual são incluídos instrumentos pertencentes à bateria ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) relativos ao período pré-escolar e escolar, que permitem avaliar problemas comportamentais, emocionais e sociais e características adaptativas, bem como sintomas psicopatológicos, a partir do relato de diferentes informadores (pais e educadores/professores ou até os próprios adolescentes) (Achenbach, 2018) (cf. Anexos * e *).

¹² Por impossibilidade de deslocação ao Hospital para devolução dos resultados de avaliação por parte da mãe da utente, foi solicitada a realização de contacto telefónico para o efeito.

¹³ Utilizada para identificar problemas comportamentais e sociais, através de diferentes informadores (pais e professores), sendo considerada como um instrumento de rastreio da PHDA, auxiliando no diagnóstico (Conners et al., 2018) (cf. Anexo *).

P. F. 6 anos (M)	12/10/2021 Pediatria de Desenvolvimento	Psicologia Infantojuvenil	Criança com atraso de linguagem e algum atraso nas aquisições. Ficou mais um ano na pré-escola. Irá iniciar 1.º ano no próximo ano letivo. Tem necessidade de avaliação psicométrica formal, para melhor definição e compreensão da situação clínica.	4	- Teste do Desenho da Figura Humana de Florence Goodenough; Provas de Diagnóstico Pré-Escolar (Competências básicas de aprendizagem); Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária – Edição Revista (WPPSI-R).	Psicoeducação acerca de Práticas Educativas Parentais.	Sem critérios psicopatológicos ou comportamentais que justifiquem o acompanhamento na UniPsi – Alta.
C. A. 60 anos (F)	17/12/2021 Psiquiatria Saúde Mental	Neuropsicologia	Doente que teve COVID ¹⁴ 2 vezes. Queixas de declínio cognitivo, com marcadas dificuldades laborais. Personalidade ansiosa e depressiva. Avaliação neurocognitiva.	10	- <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE); BSI; <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II); Figura Complexa de Rey; TMT; <i>Wechsler Memory Scale – Third Edition</i> (WMS-III).	- Treino Cognitivo; Psicoterapia de Apoio; Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) – adoção de estratégias.	Devido a oscilações na assiduidade e a ausência de resposta durante um mês, finalizou-se o acompanhamento e respetiva intervenção na UniPsi – Alta.
E. T. 53 anos (F)	Sem informação Psiquiatria Saúde Mental	Psicologia Saúde Mental	Apresenta sintomatologia depressiva e insónia.	1		- Psicoterapia de Apoio.	Encaminhamento para o Protocolo de Intervenção em Crise – Possível Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático.
A. S. 57 anos (F)	14/06/2021 Medicina Interna/ Infecciologia 2	Neuropsicologia	Alterações da memória em doente infetada por VIH.	6	- <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA); <i>Instrumental Activities of Daily Living Scale</i> (IADL); <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS); ACE-III; Figura Complexa de Rey; <i>Auditory Verbal Learning Test</i> (AVLT); TMT; IFS; <i>Wechsler Adult Intelligence Scale – III</i> (WAIS-III); WMS-III.	<u>Proposta:</u> Treino Cognitivo; Psicoterapia de Apoio; TCC – adoção de estratégias.	Por recusa de implementação do plano de intervenção apresentado e tendo sido elaborada resposta ao pedido de avaliação, cessou-se o acompanhamento na UniPsi – Alta.

¹⁴ Doença infecciosa causada pelo Coronavírus – síndrome respiratória agrida grave (SARS-CoV-2), pode ser responsável por várias características clínicas, variando de assintomáticas a condições críticas de saúde.

Dos casos acima referenciados, evidencia-se que depois da realização da consulta era necessário elaborar a nota clínica (exemplo no Anexo *), englobando o motivo de sinalização, o tipo de consulta e o objetivo, assim como as técnicas psicológicas utilizadas, o exame do estado mental do utente e a orientação para a sessão seguinte. Além disso, e considerando as etapas do processo de avaliação, procedeu-se à aplicação e cotação de instrumentos de avaliação, com a finalidade de elaborar relatórios de avaliação (neuro)psicológica, sendo estes analisados pela orientadora nas reuniões. Após *feedback* final, os resultados foram devolvidos aos respetivos utentes ou progenitores, sendo, de seguida, submetidos no programa utilizado no Hospital, o SClínico, permitindo a acessibilidade de qualquer profissional, nomeadamente do que solicitou a avaliação.

Observando a tabela verifica-se que foram realizadas avaliações diferenciadas, destacando-se o caso do utente M., de 3 anos, uma vez que foi partilhado pelos seus pais na consulta de entrevista inicial que ocorriam com elevada frequência (em casa e no infantário) episódios de enurese e encoprese, tanto diurnos como noturnos. Atendendo à preocupação face à situação, desenvolvi material psicoeducativo para adoção de estratégias de Regularização do Sistema de Eliminação, tendo elaborado para o efeito um panfleto (Anexo *) e documentos de atividades a preencher pelos pais e utente, criando rotinas e momentos adequados para eliminação, que permitissem a M. efetuar o controlo dos esfíncteres, sendo intitulados de "Horário de Vida" (Anexo *), "Registo diário do uso adequado da sanita/pote" (Anexo *) e "Gestão Comportamental – Plano de Recompensas" (Anexo *). Após a realização da consulta psicoeducativa junto dos pais do utente e tendo estes colocado em prática as atividades e estratégias para o efeito, na consulta seguinte demonstraram uma enorme satisfação por se denotarem melhorias consideráveis neste contexto, verificando-se uma diminuição da frequência dos episódios de perdas involuntárias.

Acrescenta-se, ainda, que ao ser dada alta da UniPsi à utente G., bem como aos utentes M. e P., foi elaborado um diploma, objetivando premiar o bom comportamento e o empenho nas consultas. Além disso, foi desenvolvido um panfleto informativo acerca de práticas educativas parentais a adotar pelos pais da utente G. (Anexo *). Esta fase fundamental permitiu-me compreender que a base da atuação se centra, em primeira linha, na relação terapêutica estabelecida com o utente, pois é a partir desta que existe um espaço de confiança e de abertura, permitindo a exposição de aspetos pessoais e vulnerabilidades, o que se torna numa espécie de desafio, face ao papel desempenhado. Como segunda linha de atuação, aponta-se a importância da empatia e a possibilidade de atuação prática, recorrendo às competências e à utilização de todos os recursos adquiridos, visando dar resposta ao pedido e atuar da forma mais completa possível, de acordo com as necessidades dos utentes e com a literatura científica.

3.4. Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua

No âmbito do plano de atividades, a intervenção em grupo foi uma das atividades programadas a desenvolver. Neste sentido, a orientadora questionou qual o grupo de adultos em que se pretendia intervir, selecionando-se, das possibilidades existentes (cf. 1.3.), o do luto, por se entender ser o mais desafiante e se constatar que a perda de um ente querido é um processo inexorável.

Esta intervenção, habitualmente desenvolvida ao longo dos anos, destina-se a familiares/cuidadores que beneficiavam de acompanhamento psicológico na UniPsi quando o seu familiar faleceu de condição crónica em tratamento paliativo, e que se encontravam em diferentes fases do processo de luto. Nesta perspetiva, iniciou-se o planeamento da intervenção, intitulada “Laços Eternos”, definindo-se um número médio de oito sessões, de aproximadamente 120 minutos cada uma, com periodicidade quinzenal e procedeu-se à elaboração da documentação necessária para levar a cabo esta atividade, como descrever e contextualizar o programa, estruturar planos de sessão (Anexo *), apresentações em formato digital – *PowerPoints* dinâmicos para auxiliar nas sessões (Anexo *), documentos de atividades para desenvolver (Anexo *) e folhetos informativos para entregar aos participantes com uma breve síntese dos conteúdos abordados em cada sessão (Anexo *), sendo todos estes aprimorados ao longo da sua análise e revisão, nas reuniões de orientação e de supervisão. Contabilizaram-se, inicialmente, cerca de 130 potenciais participantes, que foram contactados, sendo-lhes questionada a motivação para dar continuidade ao processo de acompanhamento psicológico, destes, 81 demonstraram interesse em integrar o grupo e foram convocados para a primeira sessão (divididos por 13 grupos de 6/7 elementos), contudo, somente 45 compareceram. Encetou-se, então, a intervenção, a 29 de março, tendo cessado a 28 de julho de 2022, permanecendo apenas 14 utentes (3 grupos) (Anexo * – participantes ao longo das sessões), o que se justifica por motivos socioprofissionais, regularidade de consultas, tempo de espera não útil e/ou integração do processo de luto, repercutindo-se, por isso, num *drop out* significativo.

Sublinha-se que ao intervir no domínio do luto o que se pretende é introduzir e treinar estratégias que facilitem a integração deste processo, impulsionando a ajuda mútua entre enlutados. A implementação de um programa de intervenção em grupo, para além de reduzir significativamente o tempo de espera para acompanhamento e os custos associados, contribui para facilitar e promover a expressão emocional, que é possível pelo espaço de confiança e de partilha que a constituição de um grupo proporciona, auxiliando na elaboração da dor da perda, considerada como universal. Embora o grupo tenha sido esboçado com uma componente predominantemente psicoeducativa, acabou por se concretizar assumindo um carácter maioritariamente dinâmico e exploratório de aprendizagens, quer pela forma de transmissão de conteúdos quer pelas atividades realizadas,

denotando-se um elevado grau de colaboração e de motivação dos participantes. Este aspeto auxiliou na partilha de experiências e na transmissão de estratégias práticas a adotar face à situação vivenciada, uma vez que a integração no grupo, permite ao participante sentir-se compreendido, tanto pelos outros participantes, pela vivência de experiências semelhantes – processo universal, como pelos terapeutas que o dinamizam, que atuam sempre de acordo com as necessidades e as características dos grupos, ajustando as sessões nesse sentido.

Importa referir que o processo de elaboração e organização da intervenção em grupo foi desenvolvido em conjunto com a colega de EC, uma vez que assumimos o papel de coterapeutas, dinamizando as oito sessões e elaborando as respetivas notas clínicas e os relatórios finais de alta da UniPsi, sempre com colaboração da orientadora. Na última sessão foi entregue a cada participante um certificado de participação, solicitando-se, ainda, que elaborassem uma avaliação qualitativa da sua experiência no grupo e do trabalho desenvolvido pelas coterapeutas. Esta atividade foi extremamente enriquecedora, principalmente pelo papel ativo e autonomia fomentados, verificando-se, na maioria, relevantes ganhos terapêuticos na integração do luto e na qualidade de vida dos participantes, alcançando-se, em vista disso, os objetivos delineados.

3.5. Reuniões de Orientação

A orientação formativa é marcada pela condução para a objetividade e bidirecionalidade em contexto de envolvimento e colaboração contínuos (Gonsalvez & Crowe, 2014), sendo ativamente utilizada para orientação do trabalho clínico (Page et al., 2008). Em vista disso, a orientação concretizou-se através de reuniões semanais, com a Dra. G. M. e, na maioria, em conjunto com a colega de EC. Foram inicialmente agendadas às terças-feiras, com início entre as 18/19 horas, sendo realizadas posteriormente sem horário específico. Incidiam no acompanhamento regular do planeamento, desenvolvimento e reflexão conjuntos das atividades em curso, assim como no *feedback* corretivo e sugestivo (Bearman et al., 2017; O'Donovan et al., 2011) do material concebido, esclarecimento de dúvidas e questões pendentes. As reuniões visavam, essencialmente, a partilha e discussão de experiências e dos casos clínicos individuais e de observação participante (e respetivas notas clínicas). Nessa sequência, procedeu-se, quando necessário, à adaptação de planos de atuação e à definição de estratégias resolutivas a adotar na fase de intervenção. Adicionalmente, realizaram-se auto e heteroavaliações com periodicidade, aproximadamente, trimestral.

Estes encontros de reflexão e discussão clínica conjunta permitiram potenciar a aprendizagem pela partilha de inseguranças e incertezas, assumindo um caráter salutar e, igualmente, imprescindível na promoção da autonomia, tanto quanto possível. Aponta-se que a total

disponibilidade e a exigência da orientadora enriqueceram fortemente o EC, proporcionando o desenvolvimento de atividades distintas e promovendo a manutenção do rigor profissional, respeitando não só os princípios éticos e deontológicos da entidade hospitalar, mas também da OPP.

3.6. Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão realizaram-se sempre que necessário, juntamente com a colega de EC, sendo estabelecido contacto regular com a supervisora de estágio, a Professora Doutora J. S.. Nas reuniões elaboradas em formato online, através da plataforma *Zoom*, foram colocadas dúvidas, partilhadas experiências do EC, analisados e discutidos planos de sessão referentes ao programa de intervenção em grupo e disponibilizado material diversificado. Cumpriu-se a função da atividade de supervisão: contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva e de interpretação conjunta dos trabalhos em curso, mediante um processo colaborativo.

A supervisão ocorre num espaço confidencial, projetado para transmitir segurança e promover uma relação de apoio na continuidade do percurso, visando o reconhecimento do trabalho produzido e a avaliação de competências do supervisionado/estagiário (O'Donovan et al., 2011).

3.7. Reuniões da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

As reuniões da UniPsi ocorrem todas as segundas-feiras, pelas 12 horas, sendo orientadas pela Coordenadora da unidade e contam com a participação de todos os Psicólogos da mesma. Têm como finalidade a distribuição e discussão de casos clínicos – avaliação, intervenção e encaminhamento, resolução de questões logísticas inerentes à UniPsi (e.g. funcionamento interno e organização de eventos), análise e prossecução de projetos de investigação e calendarização de ações formativas.

Surgiu a possibilidade de assistir a uma dessas reuniões, com o propósito de auxiliar na organização do painel das Jornadas de Psicologia, agendadas para o início do mês de setembro.

3.8. Reuniões de Equipas Multidisciplinares

Como referido, são várias as EM nas quais os Psicólogos da UniPsi se encontram envolvidos¹⁵. Desse modo, tive a oportunidade de estar presente em diversas reuniões multidisciplinares da(s):

– Dor Crónica (11/11/2021 e 14/04/2022), onde participam Psicólogos, Médicos especialistas na Dor e em Medicina Física e de Reabilitação, sendo discutidos casos clínicos de utentes e respetiva

¹⁵ Segundo consta no Relatório mencionado na nota de rodapé n.º 3 (p. 6 do presente documento), é reconhecida a necessidade de uma análise multidisciplinar, desde a avaliação até ao planeamento de cuidados, assentando nas diferentes perspetivas de abordagem (consagradas nos distintos perfis profissionais), “exigindo uma permanente colaboração interdisciplinar e interprofissional, peças fundamentais do trabalho em equipa” (p. 10).

necessidade de acompanhamento psicológico para gestão do sofrimento aliado à doença, adoção de estratégias de *coping* adaptativas e de adesão à terapia medicamentosa e/ou tratamentos;

- EPVA (15/12/2021, 16/03, 20/07, 12/09, 12/10 e 16/11 de 2022), visando a análise de documentação concebida pelas estagiárias relativamente à atuação da equipa, a discussão de casos de violência sinalizados e, ainda, a organização do seminário “Prevenção da Violência Doméstica”, incluindo seleção de oradores e de temáticas relevantes a abordar acerca do fenómeno;

- EIHSCP (15/12/2021), contando-se com a presença da equipa médica e de enfermagem da unidade de Medicina Paliativa, da Assistente Social e da Psicóloga da equipa (coordenadora da UniPsi), com a intenção de se discutir a situação clínica de alguns dos utentes em fase terminal e delinear planos de atuação junto da família destes, prestando-lhe apoio psicológico;

- Doenças Neuromusculares (09/03/2022), na qual participaram profissionais de especialidades como Neurologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, cujo objetivo se centrou na discussão e reflexão acerca da situação clínica de utentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em acompanhamento pela equipa, com o objetivo de articular e coordenar os planos de atuação, ajustando-os às necessidades dos utentes e das suas famílias, com o intuito de manutenção da saúde e qualidade de vida do indivíduo. Foi, ainda, esboçado o painel do “II Encontro Multidisciplinar com ELA” a realizar em junho, apontando-se potenciais oradores e temas de mesa.

A presença nestas reuniões permitiu-me compreender a dinâmica de uma EM, que trabalha em conjunto e de acordo com objetivos comuns, promovendo-se uma reflexão aprofundada, onde cada profissional contribui significativamente, através de conhecimento e técnicas especializadas, para a atuação junto da respetiva população-alvo, de acordo com as necessidades dos utentes e da sua família (e.g. se algum profissional entender ser necessária, por ter consultado recentemente o utente, a atuação premente de outro profissional da EM, é solicitada na reunião a antecipação da consulta). Sendo, por isso, uma excelente oportunidade de entender melhor a sintomatologia de diversas patologias orgânicas e as dificuldades que estas acarretam no funcionamento diário.

3.9. Formações

3.9.1. Formação em Serviço

Os Psicólogos são profissionais que impulsionam o desenvolvimento e implementação de ações de formação e sensibilização de outros profissionais para a importância da saúde mental, clarificando o seu papel em diversas problemáticas. Uma das atividades definidas para desenvolver no EC foi a elaboração e dinamização de uma ação de formação, com um tema definido pela orientadora, intitulado “EPVA: Equipa Multidisciplinar de Prevenção da Violência no Adulto – O que

é?”. O objetivo seria informar o SPSM e a comunidade hospitalar acerca da existência da equipa e das suas funções, descrevendo, especificamente, o papel do PCS na mesma e alertar para a importância de efetuar a deteção e sinalização de situações de suspeita, risco e/ou perigo de violência interpessoal. Pretendia-se, ainda, esclarecer como intervir no fenómeno e abordar os meios disponibilizados para tal. Esta ação, realizada a 16 de março com a duração de 1 hora, foi dividida em duas apresentações *PowerPoint*, denominadas “A Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)” e “O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)”¹⁶ (Anexo *), tendo sido entregues no final dois panfletos informativos acerca da temática (Anexo *). No seguimento da participação nas reuniões da EPVA, foi endereçado aos membros da equipa o convite para estarem presentes, procedendo a uma apreciação final global que seria tida em consideração na avaliação da orientadora nesta atividade.

3.9.2. Formação Complementar

No decurso do EC, com a finalidade e o interesse de aumentar conhecimentos acerca de temáticas relevantes, atendendo à exigência prática e à necessidade incessante do desenvolvimento de competências tanto da componente avaliativa como interventiva para melhoria da prestação de serviços de qualidade clínica, participei em 49 sessões de formação e tive a oportunidade de frequentar 16 formações internas do Hospital, contabilizando um total de 65 sessões.

3.10. Projetos de Investigação

Sendo um dos objetivos da instituição hospitalar fomentar o desenvolvimento de atividades de investigação científica¹⁷ em saúde de qualidade e pelo facto de ser uma atividade que integra o plano de estágio, surgiram, no decorrer das reuniões de orientação, temáticas interessantes a investigar.

Com o propósito de efetuar um estudo no âmbito da intervenção psicoterapêutica e com a intenção de divulgar o trabalho desenvolvido num evento científico direcionado à temática do luto, foi desenvolvido e submetido ao Centro Académico e de Formação (CAF) e à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Hospital um projeto de investigação (Anexo *), obtendo-se parecer favorável para a sua realização (Projeto Científico N.º XX/2022 CAF). Definiram-se como objetivos: avaliar os benefícios da intervenção em grupo, traduzindo-os em resultados com indicadores de saúde melhorados e proceder à exploração de indicadores de qualidade na prestação de serviços, auxiliando

¹⁶ Em cumprimento das competências gerais das UniPsi (“Organizar ações de formação na área da Psicologia”; “Contribuir para a formação académica e profissional em Psicologia” – p. 28 e 29) designadas no Relatório mencionado na nota de rodapé n.º 3 (p. 6 do presente documento).

¹⁷ Em cumprimento da competência geral das UniPsi (“Participar em projetos de investigação e/ou formação (gestão, conceção e avaliação), nomeadamente, nos domínios que envolvem o comportamento individual ou de grupo” – p. 28) designada no Relatório mencionado na nota de rodapé n.º 3 (p. 6 do presente documento).

para o levantamento de necessidades da UniPsi. Uma vez que os psicólogos se devem preocupar com a qualidade dos serviços de saúde prestados, é importante o desenvolvimento de avaliações da satisfação dos utentes, tal como de procedimentos de contínua melhoria da qualidade de serviços (Trindade & Teixeira, 2002), motivo pelo qual se considerou avaliar estes critérios. Para levar a cabo o estudo proposto, foi explicado no início da intervenção em grupo aos participantes que esta seria objeto de estudo, visando a realização de uma avaliação pré e pós-intervenção, para compreensão dos benefícios da mesma e de quais os aspetos a melhorar. Assim, a avaliação pré-intervenção, de 45 participantes, realizou-se na primeira sessão e todos os que aceitaram participar preencheram o consentimento informado (Anexo *) e o questionário sociodemográfico (Anexo *), elaborados para o efeito, e, ainda, o protocolo de avaliação, composto por quatro escalas cuidadosamente selecionadas, englobando a Avaliação da Perturbação do Luto Prolongado (*Prolonged Grief Disorder* – PG-13) (Delalibera et al., 2011), a Escala de Culpabilidade no Luto (ECL) (Vieira et al., 2020), a Escala de Crescimento Pós-Perda (ECP) (Pinto et al., 2019) e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) (Faria Anjos et al., 2019) (Anexo *). A avaliação pós-intervenção de 14 participantes, com idades compreendidas entre 39 e 80 anos, realizou-se na última sessão, solicitando-se, novamente, o preenchimento do protocolo de avaliação e do questionário de avaliação da satisfação do serviço prestado na instituição (Anexo *). Realça-se, contudo, que foi desenhado um questionário de avaliação da satisfação a ser utilizado neste momento de avaliação (Anexo *) e, apesar de se entender ser extremamente pertinente para o estudo, optou-se por utilizar o do local de estágio, por ser conciso e, também, para cumprimento dos protocolos do Hospital.

Além deste estudo, e dado que o local do EC se encontra associado à linha de investigação na qual se insere a minha Dissertação de Mestrado, desenvolvi um projeto de investigação (Projeto Científico N.º XX/2021 CAF) e, após aprovação, realizei a recolha de dados, permitindo a continuidade de estudos no âmbito da *Terapia do Sentido de Vida*, referente à área dos Cuidados Paliativos.

3.11. Outras Atividades

À parte de todas as atividades supracitadas, realizaram-se outras que não integravam o plano delineado, tendo sido proposta a sua execução ou surgido a possibilidade da sua concretização.

3.11.1. Elaboração de Material Informativo

Na continuidade do desenvolvimento de material de sensibilização da EPVA (como tarefa definida no plano de atividades), elaborado em conjunto com a colega de estágio, entendeu-se ser relevante a preparação de material informativo no contexto da violência, de um panfleto para a

Prevenção de Violência em Crianças ou Jovens (Anexo *) e de um cartaz para a Prevenção da Violência no Adulto (Anexo *), com o propósito de alertar a comunidade para o fenómeno, objetivando a divulgação de contactos de linhas de apoio e de locais onde pode ser procurado auxílio.

3.11.2. Partilha da Experiência de Estágio numa Unidade Curricular do 3.º Ano da Licenciatura em Psicologia

A convite do Professor Doutor B. P., tive o prazer de partilhar, com a turma do 3.º Ano da Licenciatura, um pouco da minha experiência acerca do 1.º Ano de Mestrado e do EC em curso, contextualizando e descrevendo brevemente a UniPsi e as atividades realizadas, predominantemente de avaliação e intervenção, bem como as reuniões de orientação e supervisão, como vertente fundamental para a evolução enquanto futura profissional. Foi com muito agrado que auxiliei no esclarecimento de dúvidas dos colegas e que colaborei nesta atividade, que decorreu no dia 11 de maio de 2022, na Unidade Curricular de Psicologia do Trabalho e das Organizações, cujo docente responsável é o Professor Doutor J. C..

3.11.3. Apresentação da Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua numa Unidade Curricular do 3.º Ano da Licenciatura em Psicologia

Como a Professora Doutora J. S. se encontrava a acompanhar de perto o planeamento das sessões de Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Ajuda Mútua no Luto, auxiliando no seu desenvolvimento e no esclarecimento de dúvidas, endereçou, a pedido da Professora Doutora M. A., o convite para abordarmos, enquanto coterapeutas e estagiárias, o trabalho desenvolvido neste âmbito junto da turma do 3.º Ano da Licenciatura, na Unidade Curricular de Psicologia Clínica e da Saúde. O objetivo seria elaborar uma apresentação online, de um caso clínico, mas as docentes entenderam que seria uma mais-valia para os colegas a partilha da planificação, concetualização e operacionalização desta atividade em grupo, assim como a reflexão acerca da experiência vivenciada. Deste modo, a sessão concretizou-se a 6 de junho de 2022, via plataforma *Zoom*, tendo sido partilhada uma apresentação *PowerPoint* (Anexo *), com uma síntese do percurso percorrido e do projeto de investigação em curso. Não obstante a valorização do esforço e o reconhecimento do trabalho desenvolvido, esta oportunidade foi considerada como um desafio, sendo, inevitavelmente, aceite pelo enorme privilégio de debater o tema e a atividade em curso com futuros estagiários e profissionais de saúde, na tentativa de fomentar a curiosidade acerca da prática clínica e o espírito crítico dos mesmos.

3.11.4. Participação em Evento Científico

Tendo em consideração o progresso da investigação relativa à intervenção em grupo na temática do luto (cf. 3.10.), iniciou-se, a partir do mês de maio de 2022, sensivelmente, uma pesquisa de eventos científicos a decorrer no mesmo ano, onde poderiam ser apresentados os resultados do estudo em curso, optando-se por se submeter o *abstract* para comunicação em formato de póster ao 5.º Congresso da OPP, a decorrer em Aveiro entre 28 e 30 de setembro. Apesar das fragilidades do estudo, pelo facto de o tamanho da amostra ser reduzido e pela ausência de um grupo controlo, optou-se por proceder à sua submissão, por se acreditar ter interesse científico, vindo este a ser aceite no fim do mês de junho. Prontamente se efetuou a atualização da revisão de literatura, procedendo-se à criação da base de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29, para Windows, e à conceção do esboço do póster. Aguardou-se a finalização da recolha de dados relativa à avaliação pós-intervenção, que se sucedeu no final de julho (cf. 3.4. e 3.10.) e, logo de seguida, reuniram-se os dados da segunda fase de avaliação para executar a análise estatística. Os resultados alcançados demonstraram que se verificaram diferenças significativas entre a avaliação pré e pós-intervenção no que concerne à PG-13, à ECPP e à CD-RISC. Por sua vez, os resultados da ECL não se apresentaram significativos entre as avaliações, concluindo-se que a partilha de experiências entre os participantes facilita a compreensão do processo de luto e a sua integração, comprovando os benefícios e as evidências preliminares da intervenção realizada em grupo. Este estudo, intitulado “Avaliação da Eficácia de uma Intervenção Psicológica em Grupo Psicoeducativo e de Apoio no Processo de Luto em Familiares Cuidadores Informais de Doentes em Cuidados Paliativos”, foi apresentado por mim, no dia 29 de setembro (Anexo *), em representação da equipa de investigação, encontrando-se o póster no Anexo *.

Simultaneamente, e em virtude da pertinência das apresentações desenvolvidas ao longo do EC relativas à EPVA e ao papel do PCS na equipa (cf. 3.9.1.), como também pelo interesse na matéria e na continuidade de aprofundamento da mesma, aliado à participação em formações neste domínio (cf. 3.9.2.), optou-se por divulgar o trabalho em formato de comunicação oral, também no 5.º Congresso da OPP. Este foi, igualmente, submetido através de resumo, tendo sido aceite e apresentado com o título “O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)” (Anexo *), elaborando-se ajustes e alterações face à apresentação realizada a 16 de março. Esta comunicação foi integrada na mesa “Educação, Justiça e Equidade” (Anexo *), dividida com profissionais que atuam neste contexto. No seguimento dos conteúdos apreendidos em formações assistidas acerca deste fenómeno, em conjunto com a orientadora, surgiu a ideia de se abordar a prevenção da violência no setor da saúde, por ser uma matéria extremamente

atual. Neste sentido, elaborou-se um outro *abstract*, que veio a ser aceite. O póster, fruto da pesquisa elaborada, denominado “O Papel do Psicólogo na Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e na Prevenção da Violência no Setor da Saúde” (Anexo *) contou com a colaboração de uma Psicóloga a realizar estágio profissional no Hospital para efetuar a comunicação do mesmo.

Não obstante a grande responsabilidade que acarreta assumir apresentações em formato de comunicação oral num evento nacional desta dimensão, não poderia dilapidar esta oportunidade, tendo em conta a relevância que esta experiência teria para o meu futuro profissional, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnico-comunicacionais.

3.11.5. Participação no Seminário “Prevenção da Violência Doméstica”

Face à importância da reflexão e discussão conjunta das diversas áreas envolvidas na violência e do seu papel fundamental na prevenção e atuação no fenómeno, a EPVA do Hospital, em conjunto com o CAF da instituição, organizou o Seminário “Prevenção da Violência Doméstica”, ocorrido a 22 de novembro de 2022, cujo programa se encontra no Anexo *. Sendo a orientadora local a Psicóloga nomeada para exercer funções na equipa, iria abordar o papel do PCS na mesma, na mesa denominada “Contextualização da EPVA do *****”, no entanto, dirigiu-me o convite para a representar, atendendo ao facto de já ter realizado duas comunicações, elaborado material informativo e um póster acerca desta temática, entendendo, por essa razão, que dominava o tema o suficiente para concretizar a apresentação. Foi com muita satisfação e sentido de responsabilidade que aceitei o convite, particularmente pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido nos últimos meses e pelo investimento neste tópico tão eminente da prevenção da violência interpessoal. Em vista disso, a apresentação *PowerPoint* foi adaptada para o tempo estipulado (cerca de 10 minutos) e utilizada como suporte no momento da comunicação (Anexo *).

Capítulo IV

4. Apresentação de Casos Clínicos

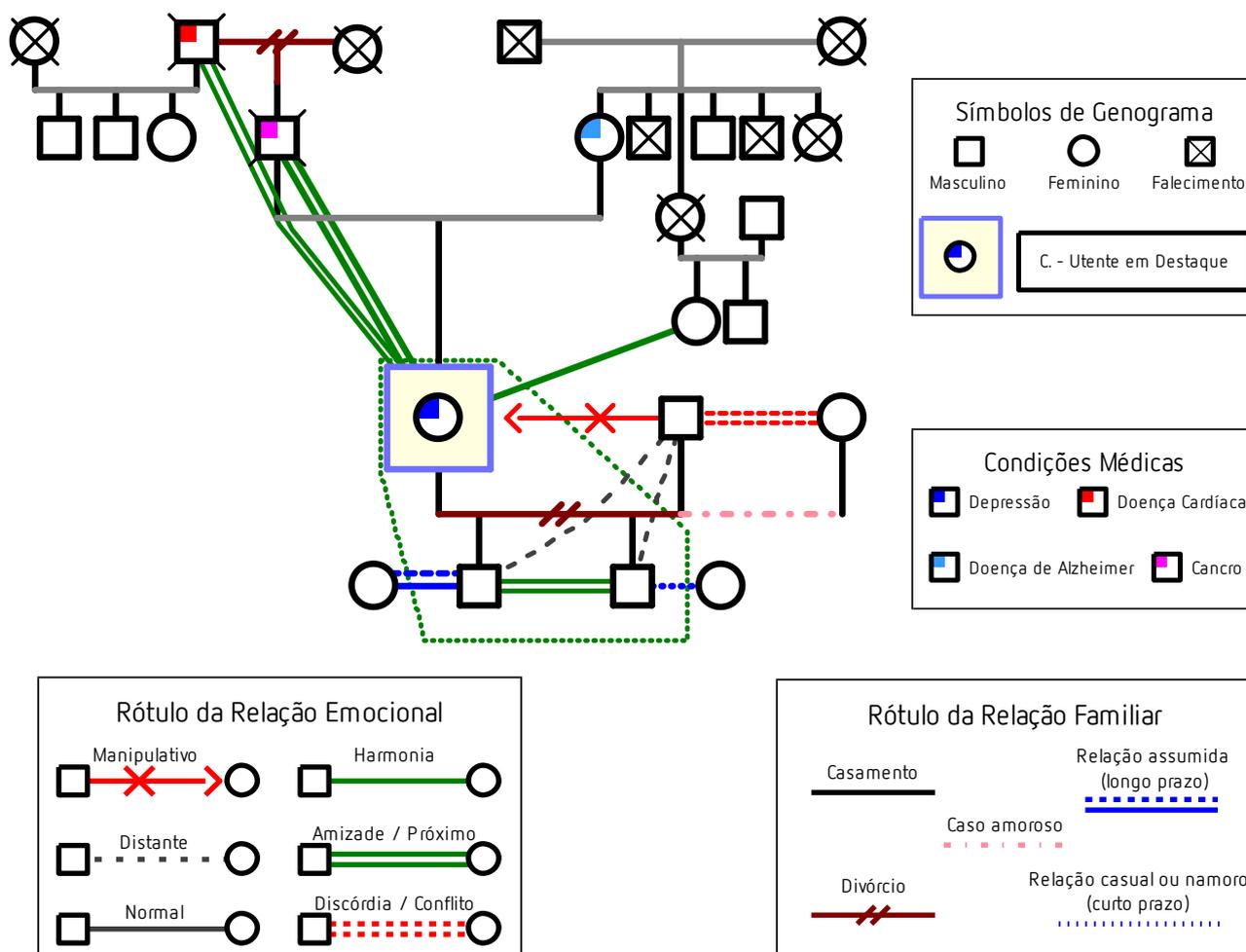
4.1. Caso Clínico C. A.

Elementos de Identificação

C. é uma mulher com 60 anos, divorciada há 16 anos e reside atualmente com os dois filhos (R., de 27 anos e J., de 25 anos) e a mãe (85 anos). Não tem irmãos. É Licenciada em Direito e Pós-Graduada em Direito do Ordenamento, do Urbanismo e do Ambiente e em Registos e Notariado. Iniciou o exercício da Advocacia em 1990, encontrando-se sem desempenhar funções desde 2020.

Figura 1

Genograma Familiar de C.



Proveniência e Natureza do Pedido

O encaminhamento de natureza urgente para a Consulta de Psicologia foi efetuado pelo SPSM, especificamente por parte da Médica Psiquiatra de C., sendo solicitada a realização de uma Avaliação Neurocognitiva. No pedido é indicado que se trata de doente que esteve duas vezes infetada com COVID, apresentando queixas de declínio cognitivo, marcadas dificuldades laborais, assim como personalidade ansiosa e depressiva (Anexo *).

Exploração do Motivo da Consulta

Quando questionada acerca do motivo pelo qual foi encaminhada para a consulta, a utente indica que “desde que fui internada nunca mais fui a mesma pessoa, tem sido muito difícil (choro)... esqueço-me de questões importantes, quero trabalhar e não estou a conseguir... é muito complicado Dra. (...)” (sic), demonstrando extrema preocupação face ao seu funcionamento atual. Acrescentou que assume o papel de cuidadora da sua mãe (desde 2015), que padece de Doença de Alzheimer e

se encontra moderadamente dependente, o que se repercute no cansaço intenso referenciado por C. e na ansiedade experienciada de modo proeminente. A utente não reconhece a existência de problemas ao nível psiquiátrico, negando a presença de sintomatologia depressiva – “já me disseram que tinha sintomas de depressão, mas eu acho que não tenho depressão nenhuma” (sic).

Fontes de Informação

A recolha de informações teve por base os relatos de C. ao longo das consultas, assim como a análise do processo clínico individual.

Processo de Observação Clínica

No decorrer das consultas a utente apresenta uma aparência cuidada e adequada ao contexto, utilizando vestuário formal, que se coaduna com a sua atividade profissional. Compareceu sempre sozinha em todas as sessões, manifestando certa flexibilidade no agendamento, apesar de ter chegado sempre depois da hora marcada.

C. demonstrou-se interessada, disponível e motivada, estabeleceu contacto ocular com frequência, auxiliado por uma postura próxima e atenta, embora predominantemente apelativa. Evidenciou um discurso lógico e organizado, com pensamento coerente, assim como linguagem fluente e espontânea. O estado de humor apresentou variações, desde eutímico a maioritariamente depressivo e ansioso, em sintonia com a afetividade (labilidade emocional), acompanhado de um semblante triste, pontualmente. Não transpareceu total *insight* acerca da sua situação atual, contudo mostrou estar orientada autopsiquicamente e alopsiquicamente.

Informação Contextual

História Clínica

No que respeita a antecedentes médico-clínicos e de acordo com a informação que consta no processo clínico, esteve internada na instituição hospitalar de 21 de março a 05 de abril de 2020, devido a infeção por COVID-19, sendo esta infeção considerada como atípica, com análises clínicas inconclusivas. Testou novamente positivo para COVID-19 no início de 2021, tendo recorrido ao Serviço de Urgência. Foi iniciado acompanhamento pelo serviço de Medicina Interna – Doenças Infecciosas COVID-19, e foi sinalizada para encaminhamento no SPSM, sendo acompanhada em consulta de Psiquiatria desde agosto de 2020. Além disso, é seguida em consulta Psiquiátrica em contexto privado, especialista a quem recorre em momentos de crise de ansiedade, pois “como sou logo atendida na clínica privada do Doutor..., acabo por lá ir (...)” (sic). Quanto à Psicologia, conta que “é

a primeira vez que venho aqui a uma consulta de Psicologia, mas em tempos... recordo-me de ter ido ao Porto há muitos anos fazer uns “testes”, já não sei de quê ao certo” (sic).

Descreve o período de internamento como uma altura extremamente complicada, pelo quadro orgânico que apresentava e pelos resultados inconclusivos das análises e de muitos testes PCR¹⁸ realizados, apontando que “mesmo tendo chegado a registar uma saturação de 64%, sabia que não era a minha hora... não sei explicar a razão, mas senti mesmo isso” (sic).

Ao nível de exames complementares de diagnóstico, o estudo orgânico, realizado em 2020, através de uma Tomografia Axial Computadorizada (TAC) Cranioencefálica, não revelou alterações.

A utente destaca diversos problemas de saúde que têm vindo a agravar-se nos últimos anos, incluindo rutura do tendão de aquiles em 2011, sem total recuperação, e antecedentes de asma. Além disso, aponta dores osteoarticulares e musculares generalizadas, motivo pelo qual é seguida em consulta de Reumatologia num Hospital Central do Norte do país, onde foi diagnosticada fibromialgia. Em 2021 foi submetida a cirurgia ao tendão do ombro direito, tendo recuperado na totalidade, com o auxílio de sessões de fisioterapia.

Encontra-se a realizar terapêutica farmacológica, que inclui Alprazolam 1mg¹⁹ (3 comprimidos por dia), Ansilor 2,5mg²⁰ (1 comprimido ao deitar), Atarax 25mg²¹ (SOS ao deitar), Donepezilo 5mg²² (1 comprimido por dia), Flexiban 10mg²³ (1 comprimido ao deitar), Gabapentina 100mg²⁴ (1 à noite), Paroxetina 2 mg²⁵ (meio comprimido à noite) – sendo por vezes substituído por Prozac 20mg²⁶ (1 comprimido de manhã), Proxon²⁷ (1 suplemento por dia), Triticum AC²⁸ (2/3 de um comprimido ao deitar) e Voltaren 100 Retard²⁹ (1 comprimido em SOS). No entanto, verificou-se que não existe adesão a alguma da medicação prescrita, referindo que “Estão sempre a alterar a minha medicação e eu não gosto muito de tomar tantos comprimidos, evito algumas vezes até... não quero ficar pior” (sic) e “porque me deixa completamente apática e com extrema vontade de dormir, eu não quero ser essa pessoa” (sic). Constata-se ser tomada conforme entende necessário devido a cefaleias que suspeita serem causadas pela medicação e por apreender que o seu comportamento se lentifica, o que se reflete na labilidade emocional apontada nas consultas de Psiquiatria, motivo pelo qual são realizados ajustes contínuos na terapia e reforçado o alerta do abuso de benzodiazepinas (duplas

¹⁸ *Polymerase Chain Reaction*, é um método utilizado para a deteção do SARS-COV-2 pela elevada especificidade e sensibilidade na deteção de vários genes de vírus.

¹⁹ Denominado também como Xanax, é um ansiolítico da classe das benzodiazepinas indicado para o tratamento da ansiedade e perturbação de pânico.

²⁰ Fármaco utilizado para o tratamento da ansiedade, com efeito sedativo e tranquilizante (indutor do sono).

²¹ Sedativo indicado para o alívio da ansiedade e da tensão, com efeito sedativo.

²² Utilizado no tratamento de sintomas de demência em pessoas a quem foi diagnosticada doença de Alzheimer, ligeira a moderadamente severa.

²³ Relaxante muscular, indicado para o alívio de dor, rigidez e desconforto associado a entorses ou lesões/contraturas musculares locais.

²⁴ Anticonvulsivante usado no tratamento da dor neuropática periférica moderada ou grave.

²⁵ Antidepressivo, indicado no tratamento de diversas perturbações (e.g. ansiedade, pânico e stress pós-traumático).

²⁶ A fluoxetina é um medicamento antidepressivo, utilizado, nesse sentido, para o tratamento da depressão, associada ou não à ansiedade.

²⁷ É um suplemento alimentar que ajuda a melhorar a função cerebral (aprendizagem, concentração e memória), aumentando a performance cognitiva.

²⁸ O seu composto, trazodona, está indicado no tratamento da depressão, associada a insónia e ansiedade.

²⁹ Medicamento que alivia os sintomas da inflamação, nomeadamente edema e dor.

prescrições médicas). Esta falta de adesão pode estar subjacente à manutenção de alguns dos comportamentos de padrões de funcionamento e consequente funcionalidade adaptativa global.

História do Problema Atual

O marcador situacional ou temporal que determina o início do problema atual centra-se na primeira infeção por COVID-19 em março de 2020, seguida de internamento. Em virtude disso, a utente apresenta queixas subjetivas, como a presença de falhas de memória, predominantemente de memória recente, que interferem significativamente no dia a dia, bem como ansiedade social e antecipatória, nomeadamente com chamadas telefónicas: “Só o facto de começar a ouvir o telemóvel ou telefone a tocar, fico logo nervosa, com medo e ansiosa... eu nunca tive esta sensação com uma simples chamada, não atendo sempre... mas considero já controlar melhor esta situação (...)” (sic).

Quando diretamente questionada acerca das dificuldades pelas quais está a ser acometida, menciona queixas somáticas como reduzida energia, sensação de cansaço intenso e persistente, associado a fadiga fácil, tonturas, cefaleias e, no domínio psicológico, insónia (“(...) sono pouco reparador”, sic), traduzindo-se em sonolência matinal. Descreve dificuldades auditivas, falhas de memória, bloqueios momentâneos, lentificação no pensamento e processamento de informação: “acho que ouço mal... demoro muito tempo a processar as coisas. Mas já fui a dois otorrinos, que não detetaram nenhum problema a nível auditivo... (pausa)” (sic), repercutindo-se em dificuldades na fluência verbal. Revela, reiteradamente, queixas de alterações visuais (mesmo utilizando óculos graduados com lentes progressivas) e dores osteoarticulares intensas e constantes. Partilha que sente uma tristeza prolongada e que se encontra, por vezes, hipervigilante face a qualquer dor que possa eventualmente sentir, por ter “medo do que me possa acontecer mais...” (sic).

No período pré-infeção a utente partilha que “era uma advogada prestigiada na minha zona, dedicava-me completamente à minha profissão. Sempre fui ágil, prática e eficaz e reconheço que tudo o que fazia era muito bem feito” (sic). Ademais, reporta que nesta altura existia uma certa ansiedade devido ao rigor e exigência que impunha a si própria, aliado ao *stress* laboral e à necessidade de “manter o meu bom nome e fama na praça pública” (sic), apresentando, por isso, receio de ser criticada ou julgada atualmente. Esta ansiedade devia-se também à prepotência e consequente influência do ex-marido no mesmo meio profissional, o que colocou a utente numa posição bastante delicada, visto ter sido vítima de difamação³⁰ por parte deste.

³⁰ Crime contra a honra previsto no Código Penal Português (Decreto-lei n.º 48/95, de 15 de março - https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis), no artigo 180.º. O n.º 1 deste preceito legal esclarece que se reporta a “Quem, dirigindo-se a terceiro, imputar a outra pessoa, mesmo sob a forma de suspeita, um facto, ou formular sobre ela um juízo, ofensivos da sua honra ou consideração, ou reproduzir uma tal imputação ou juízo (...)”.

Perante as alterações pós-infeção, C. indica ter elevado receio em aceder ao Portal *Citius*³¹ - “nem quero imaginar a quantidade de notificações que devo ter lá...” (sic), acrescentando que começou a apresentar muita dificuldade em “enfrentar” os clientes, não se sentindo capaz de lidar atualmente com a pressão laboral e as exigências jurídicas, transparecendo sentimentos de ineficácia e inutilidade (“é muita responsabilidade e não me sinto capaz neste momento, já não sou perspicaz como antes (...), sinto-me inútil”, sic), demonstrando preocupação com a regularização da sua ausência prolongada, apontando-se, nesse sentido, comprometimento com impacto no funcionamento laboral, quando comparado ao nível pré-mórbido. A utente abordou um acontecimento que a leva a crer não ser capaz de assumir, no momento, as responsabilidades a nível profissional, conduzindo-a a um episódio de ansiedade de desempenho. No final do ano de 2021 teve duas ações judiciais, tendo sido necessário deslocar-se ao tribunal, numa delas para depoimento de parte e noutra para obtenção de acordo, assinalando que uma “não correu nada bem” (sic).

Aponta-se a referência a recentes ataques de ansiedade e a presença de ansiedade marcada por receio de perda de lucidez e possível início de síndrome demencial (devido a antecedentes familiares). A utente relata, ainda, episódios de taquicardia, iniciados sem causa aparente, mesmo em repouso. Manifesta sensibilidade e insegurança, centrando-se muito nas suas incapacidades. Confessa que se encontra “cansada de estar sempre a correr de médico em médico e as dores continuam, isto não passa...” (sic), contudo não cumpre a terapêutica que lhe é prescrita.

Todas as dificuldades atuais que enumera, levam-na à constatação permanente do seu estado de funcionamento global atual, repercutindo-se em tristeza, sentimento de desesperança e em pensamentos ruminativos e desadaptativos. Para colmatar isso afirma que tenta abstrair-se mediante a realização de atividades prazerosas (e.g. breves leituras e caminhadas).

História Pessoal e Familiar

C. alega que, segundo o que os seus pais lhe transmitiram, foi uma filha planeada e muito desejada, verificando-se um desenvolvimento aparentemente normativo. É filha única e afirma que a sua infância “foi muito feliz” (sic), tendo boas recordações desse período. Conta que brincava muito com uma prima (R.), com quem ainda hoje mantém uma relação próxima. Acerca desta fase, recorda o seu avô paterno, pessoa com a qual tinha uma ligação muito especial (“era um ser humano incrível”, sic). Descreve a relação familiar como satisfatória (“era muito acarinhada por todos”, sic).

Na fase da adolescência, sublinha que “fui tendo os meus namoricos, até que encontrei o meu ex-marido e apesar de mantermos uma relação muito distante, acabei por casar com ele” (sic). Fruto

³¹ Aplicação informática – ponto único de acesso para os profissionais da área da justiça, onde podem ser entregues peças processuais e respetivos documentos, realizadas as consultas de processos e de diligências que lhes respeitam.

da relação nasceram os seus dois filhos (R. e J.), em 1995 e 1997, respetivamente, tendo sido desejados e os partos ocorrido sem intercorrências. Quanto à relação com o marido (H.), na altura, refere que sempre foi uma pessoa muito ausente, fria e manipuladora, até que se divorciaram em 2006, devido a quezílias consecutivas, incluindo ter sido vítima de difamação. Após a separação, não mantém qualquer tipo de relação com este, sendo do seu conhecimento, por terem colegas em comum, que mantém um caso amoroso com uma antiga colega sua e lhe constar que “existem muitos conflitos entre eles, ou estão juntos ou deixam de estar...” (sic). Menciona a existência de um relacionamento amoroso significativo 3 anos após o divórcio, mas que por intromissão do ex-marido optou por terminá-lo, não tendo mais nenhum companheiro desde a ocorrência desse acontecimento. A relação entre H. e os seus dois filhos é definida como distante (“não se falam praticamente, nem sei quando foi a última vez que estiveram juntos”, sic).

A utente vive com os seus dois filhos e com a mãe (A.), sendo sua cuidadora, desde 2015, embora esteja num centro de dia das 10 horas às 17 horas, assumindo, nos restantes períodos, os seus cuidados com o apoio dos filhos, confessando que “eles ajudam-me imenso e adoram a avó, mas claro que por vezes é muito complicado. Para além da minha mãe ser dependente, nós acabamos por ser também um bocadinho dependentes dela e temos de aproveitar para sair um de cada vez, ou tem de ficar sempre alguém para tomar conta dela, principalmente ao fim de semana” (sic). Reconhece bom suporte familiar, mantendo uma relação muito próxima com os seus dois filhos.

Quanto à existência de doenças no contexto familiar, indica que o seu pai (D.), teve um enfisema pulmonar e veio a falecer de cancro do pulmão em 2010. C. acompanhou-o sempre no curso da doença e retrata que “na altura foi mesmo muito duro, tenho imensas saudades dele e nem parece real o facto de já ter partido (silêncio) (choro). Eramos muito próximos e eu era a menina dele” (sic). Por sua vez, a mãe foi diagnosticada com Alzheimer, há cerca de 10 anos, apresentando declínio significativo. Partilha que sempre manteve um relacionamento mais próximo com o seu pai do que com a mãe, por esta ser caracterizada como “um bocadinho rígida e exigente ao longo da vida, mas faço tudo por ela ...” (sic), acrescentando que “sou o antídoto da minha mãe, que se está sempre a queixar de dores... eu não digo a ninguém que tenho dores, a não ser aqui, claro...” (sic).

História Escolar, Laboral e Sócio ocupacional

A nível escolar, esclarece não ter frequentado o ensino pré-escolar, tendo ficado ao cuidado das empregadas domésticas dos seus pais. Desde a primária aponta ter sido sempre uma “excelente aluna, era muito dedicada” (sic), revelando facilidade na relação com pares. Não destaca acontecimentos relevantes até ao período de entrada para a Universidade de Coimbra, no curso de

Direito. Recorda esta fase com alegria e saudade, afirmando que “foi uma altura muito boa, foi o início da construção da minha carreira, onde conheci o meu ex-marido... foram tempos muito felizes, apesar de tudo.... Eu era jovem...” (sic). Logo após o término do curso e da realização do respetivo estágio profissional, abriu o seu escritório, por conta própria, que ainda hoje mantém, mas “não sei por quanto tempo... apesar de os meus filhos estarem a estudar Direito numa privada eu acho que andam lá só por andar, não acabam... mesmo sendo inteligentes. O J. vai optar por desistir” (sic), reconhecendo a carga financeira que assume. Neste domínio, expõe que “eu não estou a receber nada, aliás... devia estar, mas tenho de fazer as contas para enviar os valores dos honorários e despesas a alguns clientes... ando a atrasar essa tarefa porque nunca gostei de pedir dinheiro a ninguém. Mas terei mesmo de o fazer...” (sic), depreendendo-se do seu discurso que tenha recebido uma herança de uma pessoa que lhe era muito querida, assunto que não quis aprofundar.

Em termos da sua carreira profissional, partilha com contentamento: “eu não me quero gabar, mas sempre fui uma boa profissional, embora pareça frágil eu sempre fui muito assertiva e perspicaz... encontrava a solução para as questões mais complexas” (sic), motivo pelo qual era reconhecida na sua localidade pela longa carreira, tendo sido advogada de pessoas profissionalmente conhecidas. Confessa, ainda, que passou por situações menos positivas, mas que “fazem parte de um percurso profissional” (sic). Porém, deixou de apresentar o mesmo desempenho em 2020, após o acontecimento que desencadeou a situação atual, expressando preocupação face às perspetivas futuras. Numa fase posterior, demonstrou alguma motivação para retomar a atividade profissional, declarando assumi-la pontualmente, mesmo com dificuldades de concentração e manifesta sensação de incapacidade, sobressaindo inquietação com as implicações das suas condições cognitivas no funcionamento global e, por consequência, no exercício e estatuto profissional.

No que respeita à atividade sócio ocupacional, embora refira adotar rotina ativa e estruturada em termos de atividades da vida diária, apresentou, à data da avaliação, isolamento social há cerca de 2 anos, com início no período de pandemia, limitando, assim, as suas interações sociais, para não ser interpelada por nenhuma pessoa conhecida acerca da sua ausência nos últimos tempos. Assinala manter apenas relação com o núcleo familiar mais próximo. Contudo, veio entretanto a assumir paulatinamente atividade sócio ocupacional, encontrando-se com maior frequência com a prima (R.) e com amigas, participando em palestras, conferências e, numa das situações, no almoço de uma delegação da Ordem dos Advogados, “felizmente não me sinto tão constrangida nesses dias e tem sido muito positivo ir a estes encontros, rever colegas... atualizar conteúdos (breve silêncio)” (sic).

Quando questionada acerca das atividades que realiza no âmbito familiar, declara assumir a gestão de finanças domésticas e todas as tarefas relativas ao lar (e.g. tratar do espaço exterior, confeccionar refeições) – “mas os meus filhos ajudam-me bastante, são muito prestáveis” (sic).

Relativamente a atividades de lazer, a utente frequentava o ginásio e as termas de uma localidade próxima à sua residência, afirmando que eram uma mais-valia para as suas dores osteoarticulares, tendo cessado a prática destas no período pós-infeção, não expressando vontade em retomar. No entanto, observou-se motivação e entusiasmo pela leitura, mencionando que “adoro ler, sempre gostei... Leio todos os dias um pouco, mas também sou suspeita. (...) Tenho sempre dois ou três livros na mesa de cabeceira” (sic), mantendo-se o interesse devido à sua prática profissional e evidenciando curiosidade por diversas temáticas. O mesmo acontece com a escrita.

Processo de Avaliação (Neuro)Psicológica

A avaliação psicológica é um processo complexo e sistemático, correspondendo a uma prática técnico-científica fundamentada (Pais-Ribeiro, 2013), onde o Psicólogo seleciona cuidadosamente, de entre várias técnicas (e.g. observação clínica comportamental, entrevista e testes psicológicos), as que entende serem as mais adequadas e com maior potencial, procurando obter o máximo de informação representativa acerca do utente, quer seja no processo clínico (Kessels & Hendriks, 2016), junto deste ou de outros informadores (e.g. familiares) (Simões, 2019). O processo de avaliação não se esgota com o uso de técnicas ou instrumentos de avaliação e respetiva pontuação (Pais-Ribeiro, 2013), sendo necessária a interpretação e integração de todos os dados obtidos (Kessels & Hendriks, 2016), através de um relatório de avaliação, onde se procede à descrição do nível atual de capacidade do utente (Robinson & Radakovic, 2021) e onde se considera a existência, ou não, de um diagnóstico e consequente prognóstico, assim como o planeamento de um programa de intervenção (neuro)psicológica, quer seja psicoterapêutico ou de reabilitação (Pais-Ribeiro, 2010; Simões, 2019), cessando com a devolução dos resultados e da informação pertinente. Em suma, a avaliação psicológica consiste em formular hipóteses (Gorgens, 2018) e em “recolher, integrar e avaliar dados” (Pais-Ribeiro, 2013, p. 251) relativos a um indivíduo, recorrendo-se, quando possível, a fontes distintas de informação, com o propósito de responder às questões colocadas nos pedidos de avaliação (Simões, 2019), confirmando ou infirmando as hipóteses previamente estabelecidas.

Destaca-se que a entrevista clínica é uma das formas de avaliação comumente utilizadas (Groth-Marnat & Wright, 2016), baseada na recolha de informação qualitativa ou descritiva (Gorgens, 2018), envolve uma troca verbal e não-verbal, visando apreender e compreender o funcionamento psicológico do utente, centrando-se no vivido (e.g. história e circunstâncias de vida, queixas atuais,

relações interpessoais) (Allen & Becker, 2019; Laatsch, 2002) ou noutros temas onde se necessite de produzir informação (Allen & Becker, 2019). Este método eficiente de obtenção de informação relevante é uma oportunidade para estabelecer uma relação com o utente (Groth-Marnat & Wright, 2016) ou acentuá-la.

Estado Mental e Observação do Comportamento durante o Processo de Avaliação

C., à situação de avaliação, exibiu um comportamento adequado, tendo colaborado, na generalidade, com motivação e interesse, na realização das atividades que compõem os instrumentos aplicados. Não obstante o referido, o processo decorreu com algumas intercorrências, devido à elevada necessidade de ventilação emocional e à presença de clara labilidade emocional.

Avaliação Instrumental

Com a avaliação objetivou-se traçar o perfil neuropsicológico de C., de modo a compreender melhor o seu funcionamento, nomeadamente a nível cognitivo e emocional (Robinson & Radakovic, 2021), bem como o impacto de eventuais alterações provocadas face às infeções por COVID-19.

O procedimento de exploração neuropsicológica clínica foi iniciado a 18 de fevereiro de 2022, tendo sido concluído em 4 consultas de frequência quinzenal ou semanal, com duração de cerca de 120 minutos cada. Procedeu-se à realização da entrevista clínica, especificamente de uma entrevista semiestruturada, e à observação comportamental para recolha de dados. De seguida, efetuou-se a aplicação de testes neuropsicológicos, perspetivando que as informações obtidas a partir da avaliação objetiva formal permitam explorar a existência de défices cognitivos e alterações comportamentais, viabilizando determinar as forças e fraquezas que se podem relacionar a uma perturbação específica (Kessels & Hendriks, 2016; Laatsch, 2002; Robinson & Radakovic, 2021). Para tal, utilizou-se uma bateria de provas de avaliação neuropsicológica, selecionadas em função do pedido de avaliação e da validação para a população portuguesa, englobando: 1) *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975); 2) *Brief Symptom Inventory* – B. S. I. (Derogatis, 1975), adaptado por Canavaro (1999); 3) *Beck Depression Inventory – Second Edition* (BDI-II) (Beck et al., 1996; Campos & Gonçalves, 2011); 4) Figura Complexa de Rey (Rey, 1959/2002); 5) *Trail Making Test* (TMT) (Cavaco et al., 2013); e 6) *Wechsler Memory Scale – III* (WMS-III) (Wechsler, 1997/2008).

O processo iniciou-se pela aplicação do MMSE (Folstein et al., 1975), instrumento de triagem cognitiva para adultos amplamente conhecido. Propõe-se avaliar o funcionamento global, de construtos como a orientação, memória de curto prazo e evocação, atenção e aritmética, aptidões visuoespaciais e de linguagem (Folstein et al., 1975; Kessels & Hendriks, 2016), possibilitando

também o rastreio de inícios de perda cognitiva ou de quadros demenciais. A pontuação total pode variar de 0 a 30 pontos, considerando-se o limiar para défice cognitivo em função do nível de escolaridade do avaliado (Morgado et al., 2009). Posteriormente, efetuou-se uma avaliação clínica específica, para determinar a presença de uma perturbação da componente emocional que afete o estado cognitivo atual da utente (Laatsch, 2002). Assim, sucedeu-se a aplicação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), desenvolvido por Derogatis em 1975 (Derogatis & Melisaratos, 1983), composto por 53 itens, com resposta numa escala tipo *likert* de 5 pontos, cujo objetivo é avaliar o funcionamento emocional e comportamental por meio do tipo e gravidade de sintomas em nove dimensões e três índices globais. Pela análise das pontuações nestas dimensões é fornecida informação indicativa acerca do nível de sintomatologia apresentado (Canavarro, 1999). De seguida, aplicou-se o BDI-II, um método de autorrelato utilizado para avaliar a gravidade de sintomas depressivos (Beck et al., 1996). É composto por 21 itens, pontuados de 0 a 3, que refletem habilidades cognitivas, afetivas e sintomas físicos de depressão (Campos & Gonçalves, 2011).

A Figura Complexa de Rey, desenvolvida por André Rey em 1942 e estandardizada em 1944 por Osterrieth (Rey, 1959/2002), é uma prova com a pontuação máxima de 36 pontos, que consiste na tarefa de cópia e de seguida de reprodução de memória de um desenho geométrico complexo (Rey, 1959/2002). Foi inicialmente concebida para medir a capacidade visuoperceptiva, visuoestrutiva e a memória visual (Lezak et al., 2012), contudo tem vindo a demonstrar utilidade na avaliação das funções executivas. Requer funções como o planeamento, organização perceptivo-motora e a resolução de problemas (Goldstein et al., 2019; Lezak et al., 2012). Aplicou-se somente a figura A.

O *Trail Making Test* (TMT) (aferição portuguesa por Cavaco et al., 2013), é um dos instrumentos mais utilizados na neuropsicologia clínica e encontra-se dividido em duas partes (Parte A e Parte B). A parte A exige ligação de números de forma sequencial, por ordem crescente e a parte B requer ligação numérica lógica (1-A, 2-B), sendo a correspondência alternada entre número e letra (Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006). Este teste mede atenção dividida, pesquisa visual, velocidade de processamento, coordenação olho-mão, flexibilidade mental, atenção alternada, destreza motora e memória de trabalho (Cavaco et al., 2013; Lezak et al., 2012). A pontuação baseia-se no tempo em segundos utilizado para completar cada parte do teste³², em conjunto com a idade e escolaridade do indivíduo, permitindo comparar a sua performance com a amostra portuguesa (Cavaco et al., 2013).

A última escala a ser aplicada, a *Wechsler Memory Scale – III* (WMS-III) (Wechsler, 1997/2008), corresponde a uma bateria de provas de administração individual, é composta por 11 subtestes e visa avaliar a aprendizagem, a memória e a memória de trabalho.

³² Valor em segundos introduzido em <https://neuropsi.up.pt>, onde se procede à conversão dos dados (Cavaco et al., 2013).

Resultados da Avaliação

Os resultados alcançados pela utente na avaliação neuropsicológica levada a cabo são apresentados em forma de tabela, no Anexo *.

Enquadramento Global dos Resultados e Diagnóstico Diferencial

No que concerne a resultados específicos de avaliação neuropsicológica, verifica-se, através da interpretação e análise conjunta dos mesmos, a heterogeneidade presente, embora permitam compreender algumas das dificuldades referidas pela utente no processo de avaliação.

No MMSE, C. obteve uma pontuação de 27/30, situando-se no limiar diagnóstico para défice cognitivo, considerando o seu nível de escolaridade (Morgado et al., 2009). Apresenta dificuldades ao nível da atenção, do cálculo mental em subtração e da memória de curto prazo.

Dos resultados do BSI, destaca-se o domínio da somatização, das obsessões-compulsões, da ansiedade e da ansiedade fóbica, sendo os valores mais elevados onde C. apresenta sintomatologia psicopatológica significativa, comparativamente à amostra da população portuguesa. Poderão ser explicados pelas queixas somáticas persistentes da utente ao longo do processo de avaliação e pela condição orgânica de fibromialgia, de que padece.

Na escala BDI-II os resultados indicam uma pontuação de 13/63, encontrando-se no limite entre depressão mínima (0-13) e depressão ligeira (14-19). Refere tristeza, perda de energia, cansaço, pessimismo e pela autorresposta da prova denota-se a presença de dificuldade de concentração e notória indecisão, sendo que esta última não foi referida no decurso da entrevista. Neste âmbito, suspeita-se de uma certa desejabilidade social no preenchimento do inventário de autorrelato, pela postura apresentada nesse momento, tentando obter validação a respostas mais adequadas socialmente (Pais-Ribeiro, 2010), sendo este um construto indesejável no processo avaliativo.

A prova da Figura Complexa de Rey (figura A) revela algumas dificuldades ao nível da memória visual imediata, certificando-se, repetidamente, se na cópia estaria a proceder corretamente. Nesta tarefa da cópia, os resultados obtidos (P20) situam-se ligeiramente abaixo dos dados normativos (P20-P50), porém, na riqueza e exatidão da reprodução de memória a utente situa-se no nível médio.

O TMT indica, tendo como referência o tempo de realização, a presença de um comprometimento ligeiro da velocidade de processamento relativamente ao que seria expectável para a sua idade e escolaridade. Na parte A não se verificaram erros no desempenho. Em contrapartida, na parte B, além de se registarem 5 erros de desempenho, denota-se certa ausência de atenção, dificuldade ao nível da atenção dividida e na alteração do foco de atenção entre estímulos, não se observando uma linha de raciocínio congruente na execução do exercício.

Por fim, nos resultados obtidos na WMS-III, em todos os subtestes C. apresenta valores que se situam entre médios a muito superiores, quando comparados aos dados normativos, exceto no subteste Pares de Palavras II, onde se verificam resultados de nível médio inferior, representando ligeiras dificuldades em recordar informação apresentada oralmente, passado um determinado tempo (evocação diferida), o mesmo se comprova na pontuação total da primeira evocação das Listas de Palavras I, ao nível da memória episódica verbal. Apesar da pontuação do subteste Memória Lógica I se enquadrar num nível médio, ao analisar os resultados compósitos do processo auditivo, na aprendizagem por ensaio único, verifica-se certa dificuldade no que remete à capacidade para recordar informação auditiva, imediatamente após exposição aos estímulos a serem memorizados (memória verbal – evocação livre a curto prazo). Na evolução na aprendizagem, destaca-se o subteste Pares de Palavras I, apurando-se baixa capacidade para assimilar informações auditivas, após várias apresentações dos estímulos a serem memorizados (desempenho inferior), o mesmo se pode transpor para o subteste Memória Lógica II, na pontuação total das unidades temáticas, havendo dificuldades de recordação de temas relativos a informação anteriormente transmitida (evocação diferida). No resultado complementar do controlo mental, constata-se valores próximos de nível inferior, justificados pelo tempo de resposta e pela velocidade de processamento.

Face ao exposto, aponta-se que a interpretação destes resultados pode consubstanciar a definição de hipóteses diagnósticas, orientando o tratamento e consequente intervenção (Kessels & Hendriks, 2016). Nesse sentido, são notórias as dificuldades nas funções da atenção – dividida e alternada, da memória – de curto prazo, verbal, visual imediata, auditiva e diferida imediatas, de trabalho (cálculo), de processamento e armazenamento ou retenção de informações que são apresentadas verbalmente e, ainda, na nomeação por descrição auditiva – evocação diferida e em algumas funções executivas avaliadas, como velocidade de processamento.

Ao nível da sintomatologia psicopatológica encontram-se presentes indicadores do domínio da somatização e ansiedade, em consonância com o estado ansiogénico e antecipatório exacerbado e abordado pela utente. Deste modo, salienta-se que o preenchimento do BDI-II reflete, tal como aludido anteriormente, uma questão de desajustabilidade social ou um viés de autorrelato, enfatizando-se, neste âmbito, a importância de existir um sentido crítico e de se proceder a uma avaliação diagnóstica de impressão não sustentada exclusivamente em testes psicológicos, mas integrada com a informação de outras técnicas, como a observação clínica comportamental e a entrevista, relacionando-se todos os dados obtidos. Por isso, pela análise do padrão relacional e comportamental de C., assim como da pesquisa para o processo diagnóstico e de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders – DSM-5), parecem existir evidências e equaciona-se a hipótese de que esteja a padecer de uma Perturbação Depressiva Major. Realça-se a ponderação da possibilidade de existência desta perturbação, mas observando o critério temporal, assim como o indicado no DSM-5, de que “Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para Perturbação Depressiva Maior por dois anos devem receber o diagnóstico de Perturbação Depressiva Persistente, além do de Perturbação Depressiva Maior” (American Psychiatric Association, 2014, p. 169), entende-se estarem presentes as duas entidades clínicas. Analisemos os critérios da Depressão Major (Anexo *):

– Cinco ou mais dos sintomas enumerados no critério A, presentes durante o período de duas semanas: Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por observação da Médica Psiquiátrica de C. (A1); insónia ou hipersónia (A4); fadiga ou perda de energia quase todos os dias (A6), assim como sentimentos de inutilidade recorrentes (A7) e capacidade diminuída para pensar, se concentrar ou indecisão (A8), estes dois últimos referenciados no BDI-II.

Estes sintomas causam prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida da utente (Critério B), não sendo a perturbação atribuível a outra condição médica (Critério C). Acerca do especificador desta perturbação, é uma Perturbação Depressiva Major, de episódio único, não especificada – 296.20 (F32.9), com sintomas ansiosos (tensão e dificuldades de concentração), de gravidade atual leve (American Psychiatric Association, 2014).

No entanto, dada a existência de dois diagnósticos nos termos dos critérios do DSM-5, é indicado “Se o episódio depressivo maior persistiu por pelo menos dois anos e continua presente, então é usado o especificador “com episódio depressivo maior persistente”” (American Psychiatric Association, 2014, p. 171). Concomitantemente, e tal como já abordado, considera-se que deve ser ponderada a presença de uma Perturbação Depressiva Persistente (Distímia), ao momento da avaliação. Neste sentido, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-5 (Anexo *) para a Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) (American Psychiatric Association, 2014):

– Encontra-se presente humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por observação da Psiquiatra que acompanha a utente, pelo período mínimo de dois anos (Critério A);

– Deve verificar-se a presença de duas ou mais características do Critério B:

- Insónia ou hipersónia (B2); baixa energia ou fadiga (B3); concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões, de acordo com o preenchimento de BDI-II e o discurso de C. (B5) e sentimentos de desesperança (B6), presentes ao longo das consultas.

Além disso, no período dos dois anos de perturbação, não esteve sem sintomas por mais de dois meses (Critério C) e os critérios para perturbação depressiva maior podem estar continuamente presentes por dois anos, podendo ser este o entendimento adequado (Critério D). São também

preenchidos os critérios E, F, G e H, sendo que estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas.

Em termos do especificador e gravidade da perturbação, estamos perante uma Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) – 300.4 (F34.1), com sintomas ansiosos, de gravidade atual leve (sentir tensão e dificuldades de concentração), de início tardio. O predomínio significativo das queixas somáticas, incluindo-se a condição médica relevante de dores osteoarticulares generalizadas, poderá ser explicado pela presença desta entidade clínica, bem como pela ausência de mecanismos de expressão emocional. No seguimento do referido, destaca-se que na fase inicial da avaliação formal e mesmo no decorrer desta, C. demonstrou labilidade emocional pronunciada, fruto também da perturbação. Perante o exposto, preenche critérios para ambas as entidades diagnósticas, porque o facto de a sintomatologia se encontrar vigente desde março/abril de 2020 e o processo de avaliação ter findado precisamente dois anos após essa data, permite-nos afirmar, a par dos relatos de C., a persistência da sintomatologia a partir do período de internamento.

Dada a presença de sintomatologia psicopatológica significativa no domínio da ansiedade verificada no BSI, entende-se que, apesar de clinicamente relevante (nível superior), não são preenchidos critérios para um diagnóstico diferencial de Perturbação de Ansiedade Generalizada propriamente dito, por não ocorrer ansiedade e preocupação excessivas na maioria dos dias. Entende-se que a sintomatologia se encontra presente pela ausência de um plano de vida imediato ou a curto prazo, que se traduz em incertezas quanto ao futuro, nomeadamente no domínio profissional, o que justifica a referência a ataques de ansiedade pontuais e episódios de taquicardia. No entanto, entende-se que se deva enquadrar na categoria “Outra Perturbação de Ansiedade Especificada” (300.09 – F41.8) (American Psychiatric Association, 2014), aplicada a apresentações em que os sintomas característicos de uma Perturbação de Ansiedade predominam e causam sofrimento clínico significativo ou prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida, mas não satisfazem todos os critérios da Perturbação de Ansiedade Generalizada ou qualquer outra na classe diagnóstica destas perturbações. Deste modo, designa-se como Outra Perturbação de Ansiedade Especificada, cuja especificação é Ansiedade Generalizada, não ocorrendo na maioria dos dias (Anexo *), verificando-se a presença de fadigabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (Critério C da Perturbação de Ansiedade Generalizada) (American Psychiatric Association, 2014).

Adicionalmente, e tendo em mente os défices cognitivos abordados, estes parecem apontar para o pródromo de uma Perturbação Neurocognitiva Leve/Minor, ou seja, de Défice Cognitivo Ligeiro. Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5 (Anexo *) devem existir:

– Evidências de declínio cognitivo reduzido a partir de nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos, como se sucede na memória, na atenção e na função executiva (Critério A) tendo por base a preocupação do utente ou do clínico de que ocorreu declínio significativo na função cognitiva (A1) e prejuízo reduzido no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por teste neuropsicológico padronizado (A2).

Ademais, os critérios apontam que os défices cognitivos:

– Não interferem na capacidade de ser independente nas atividades quotidianas (Critério B), não ocorrem por delírio (Critério C) e não se explicam por outra perturbação mental (Critério D).

Quanto ao subtipo de Perturbação, pondera-se se esta será devido a múltiplas etiologias – 331.83 (G31.84) ou não especificada – 799.59 (R41.9), confirmando-se a presença de uma perturbação neurocognitiva que causa prejuízo em áreas importantes. Não se verifica perturbação comportamental clinicamente significativa (American Psychiatric Association, 2014).

Concetualização do Caso Clínico

Com o objetivo de promover uma descrição abrangente, correlação e integração dos dados recolhidos, possíveis diagnósticos anteriormente delineados e aspetos pertinentes para a análise concetual, afere-se relevante iniciar pela questão da infeção por COVID-19 e suas repercussões.

Pessoas que sobreviveram à COVID-19 apresentam queixas frequentes de alterações cognitivas. Estudos (Alemanno et al., 2021; Becker et al., 2021) indicam uma frequência relativamente alta de comprometimento no domínio cognitivo em sobreviventes (Tavares-Júnior et al., 2022), nomeadamente com comorbilidades associadas (e.g. asma e depressão leve a moderada), vários meses (Delgado-Alonso et al., 2022; Mazza et al., 2021; van den Borst et al., 2020) após contraírem o vírus, mesmo em indivíduos com histórico de infeções levemente sintomáticas, apresentando implicações a longo prazo (Del Brutto et al., 2021). O prejuízo engloba a velocidade de processamento, funcionamento executivo, memória, recordação, atenção e concentração (Becker et al., 2021; Crivelli et al., 2022; Davis et al., 2021; Delgado-Alonso et al., 2022; Mazza et al., 2021; Woo et al., 2020; Zhou et al., 2020), tal como se verifica com C., que após internamento e decorrente das sucessivas infeções, se vê confrontada com dificuldades. Este comprometimento pode apresentar melhorias parciais (Alemanno et al., 2021) espontaneamente, até seis meses após infeção (Del Brutto et al., 2021), contudo não se reconhece se isso sucedeu com a utente, visto ser submetida apenas a uma avaliação, cerca de 24 meses após a infeção. Pelo contrário, investigações (Davis et al., 2021; Ziauddeen et al., 2022) indicam que alterações cognitivas (*cognitive dysfunction*) ou incapacidade significativa são frequentemente identificadas e relatadas a longo prazo (*Long COVID*) – síndrome

pós-covid³³, nomeadamente por mais de sete meses, na sequência da infeção, tendo como resultado um impacto geral nas atividades de vida diária, seja pelo facto de não conseguirem retornar a níveis anteriores de trabalho (capacidade de trabalho reduzida que se traduz em perda de emprego), por apresentarem dificuldades em tomar decisões significativas ou em comunicar os seus pensamentos (Davis et al., 2021). A questão da redução significativa da capacidade de trabalho é extremamente relevante, visto que entrevistados de um estudo conduzido por Davis et al. (2021) relataram, ao retornarem ao ativo, recaídas desencadeadas pelo esforço mental e *stress* aliado ao trabalho, compreendendo-se ser fundamental que os utentes tenham um tempo adequado de recuperação e, quando necessário, recorram à baixa médica se necessitarem de um longo período de restabelecimento. Outros aspetos descritos pelos autores remetem a ajustes no *modus operandi*, através de retornos faseados e de flexibilidade de horários de trabalho. Estes tópicos assemelham-se à situação da utente, pelo que se poderão transpor, visto que as dificuldades cognitivas registadas são potencialmente incapacitantes em contexto laboral, apesar das tentativas pontuais de regresso. Também se aponta que o facto de agora assumir um modo de vida sem atividades mentais significativas comparativamente ao período pré-infeção, pode ser uma das causas da deterioração.

Além disso, outra questão relevante é que a COVID-19 predispõe os indivíduos ao desenvolvimento de depressão persistente, de ansiedade e a alterações cognitivas associadas (Vanderlind et al., 2021) (no processamento de informações e na atenção), devido à inflamação sistémica no curso da infeção aguda. Assim, é relatada a existência de uma potencial relação entre estado inflamatório, sintomatologia depressiva e alterações cognitivas (Mazza et al., 2021), ao contrário dos resultados alcançados por Delgado-Alonso et al. (2022), referindo estes que o desempenho cognitivo não se relaciona significativamente com a sintomatologia depressiva, mas sim com a qualidade do sono e a ansiedade, sendo esta um fator preditivo destacado noutros estudos (Crivelli et al., 2022; Tomasoni et al., 2020). Por sua vez, a presença de insónia (Ziauddeen et al., 2022) e ansiedade sugerem sequelas depressivas específicas de longo prazo em sobreviventes da infeção (Mazza et al., 2021), estabelecendo-se aqui um possível nexo de causalidade no caso de C..

A literatura indica que na depressão se denota a existência de comprometimento progressivo da função cognitiva (Baddeley, 2013; Krogh et al., 2013). Todavia, não podemos afirmar perentoriamente que os défices cognitivos se justifiquem pela depressão, dado que esta afeta globalmente a memória de trabalho (Christopher & MacDonald, 2005) e isso não se verifica com a utente, que apresenta um índice de memória de trabalho na WMS-III situado no nível superior (Anexo *). Ainda que não possamos estabelecer esta ligação, é reconhecido que a existência de défices de

³³ Termo utilizado para descrever um conjunto de sintomas tardios que persistem por pelo menos 8 semanas sem explicação alternativa (Direção-Geral de Saúde, <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/condicao-pos-covid-19/#o-que-e-a-condicao-pos-covid-19>).

memória na depressão varia de acordo com a natureza da tarefa, sendo mais significativos na situação de recordação livre de palavras não estruturadas (Baddeley, 2013; Marazziti et al., 2010), nas quais o desempenho possivelmente será prejudicado, refletindo-se no resultado médio inferior do subteste Pares de Palavras II da WMS-III apresentado pela utente, embora não se considere efetivamente um prejuízo no resultado. Outro impacto da depressão a destacar é a avaliação negativa dos indivíduos de si próprios e do mundo, o que se traduz na sensação de inutilidade e na capacidade prejudicada de escolha e de ação (Baddeley, 2013; Marazziti et al., 2010) (tomada de decisão) e se comprova através do BDI-II, pela notória indecisão indicada por C. no preenchimento do instrumento. Neste domínio não podemos também descurar o facto de ter sido vítima de difamação, o que pode, possivelmente, ter contribuído para esta autoperceção e avaliação negativas.

Importa referir que a coexistência destas duas entidades clínicas aumenta a necessidade de cuidados de saúde, a persistência de sintomas, e, em termos evolutivos, agrava o prognóstico nos casos em que existe uma menor resposta à terapêutica, sendo o que se denota ocorrer com a utente. Ademais, a não adesão ao tratamento médico constitui um desafio para os profissionais da área da saúde, pelo potencial surgimento de sintomas de descontinuação do tratamento (Demyttenaere & Haddad, 2000). Assim, torna-se relevante o papel do clínico ao proceder a uma intervenção educativa e monitorização mais intensiva, assente numa comunicação eficaz para a mudança de atitude e motivação do utente, promovendo a adesão ao regime posológico prescrito e cumprindo os objetivos da terapia: prevenção de recaídas ou episódios recorrentes, restauração do funcionamento normal e redução da sintomatologia (Demyttenaere & Haddad, 2000). O facto de C. não aderir à terapia farmacológica pode dever-se às múltiplas doses diárias de medicamentos, assim como a *insight* moderadamente comprometido, a crenças e efeitos colaterais do tratamento (cefaleias) (Pompili et al., 2013), que se refletem num risco aumentado de baixa adesão (Solmi et al., 2021).

Além do referido, a função dos fatores protetores na cognição tem sido pouco investigada (Costas-Carrera et al., 2022). Neste âmbito, surge o construto da reserva cognitiva, que remete à mediação entre a expressão clínica de um dano cerebral e as diferenças interindividuais (Chasman, 2018; Stern, 2013). Ou seja, remete à plasticidade cerebral e é relacionada a aspetos como o nível intelectual, sociocultural e educacional de um indivíduo (Stern, 2009), que funcionam como um "amortecedor" dos efeitos do dano. A reserva cognitiva pode desempenhar um papel protetor no comprometimento cognitivo grave relacionado à COVID-19, uma vez que indivíduos com elevada reserva cognitiva apresentam um risco inferior de desenvolver comprometimento, ou este risco é retardado (Costas-Carrera et al., 2022). Este entendimento transfere-se para este caso clínico, depreendendo-se que a elevada reserva cognitiva de C., pelo ambiente em que se desenvolveu e por

toda a sua formação profissional, podem ter sido fatores que a protegeram de uma perturbação grave na cognição, embora as suas dificuldades, mesmo reduzidas, sejam evidentes em domínios diversos. Face ao exposto, entende-se pertinente a prevenção da progressão da patologia.

Considerando o exposto, a história de vida de C. e as problemáticas evidenciadas, entendeu-se pertinente recorrer ao Modelo 3P, que fornece uma estrutura para a compreensão ampla do papel desempenhado pelos fatores psicológicos no desenvolvimento e manutenção da doença (Wright et al., 2019). Este é dividido em três fatores: fatores predisponentes (também designados de contribuintes ou de longa data – envolvem fatores genéticos, ambientais, sociais ou psicológicos), fatores precipitantes (uma ou mais situações específicas ou recorrentes) e fatores de manutenção (comportamentais ou perpetuantes, que prolongam ou mantêm o problema) (Wright et al., 2019).

A infeção pelo vírus afigura-se como tendo sido o evento ou fator que despoletou toda a situação e o estado de funcionamento atual, razão pela qual é interpretado como o fator precipitante. Não sendo o único, poderá afirmar-se que o internamento, a situação clínica instável e as dificuldades experienciadas em virtude das consecutivas infeções também o são.

Os fatores predisponentes que contribuíram para exacerbar a sintomatologia centram-se na não adesão à medicação de longa data, baixa tolerância à dor e respetiva somatização, labilidade emocional e antecedentes clínicos. Parece existir elevada vulnerabilidade de C. ao nível da sua eficácia profissional, possivelmente causada pelo processo de difamação de que foi vítima, juntamente com as repercussões da infeção e mesmo pelo contexto pandémico, o que compromete, atualmente, a sua reintegração no mercado de trabalho, despoletando os sentimentos de inutilidade e consciencialização da incapacidade. Por isso, nos fatores de manutenção enquadra-se a representação negativa de si própria (sensação de inutilidade); o isolamento social que surge pós-infeção, ou seja, o evitamento em ser confrontada e julgada por terceiros acerca do funcionamento cognitivo e laboral atual; a presença de sintomatologia depressiva-ansiosa, que se for mitigada permitirá alcançar melhorias e a baixa adesão à medicação, que se perpetua.

Todos estes fatores são fundamentais na compreensão dos défices que C. apresenta, realçando-se que o fator de risco mais forte para o défice cognitivo ligeiro é a idade, pelo facto de o envelhecimento aumentar o risco de patologias neurodegenerativas (American Psychiatric Association, 2014) e, como referido anteriormente, as consequências do COVID, outrora consideradas como uma incógnita, em certa medida. Por sua vez, o fator de proteção que atenua o risco de exacerbação da situação clínica de C. é o facto de manter rotina ativa e minimamente estruturada, nomeadamente por ser cuidadora informal da sua mãe e pela questão de ter horários a cumprir.

Em suma, todas as possibilidades analisadas e consubstanciadas pela literatura foram devidamente ponderadas, sendo do entendimento que é suscitada a inclinação para se refletir a existência de uma possível relação causa-efeito entre COVID-19, alterações cognitivas, a ansiedade e a insónia, não esquecendo a importância da reserva cognitiva, que no caso da utente funcionou como proteção para não se verificarem danos significativamente superiores aos detetados. Contudo, como não dispomos de uma avaliação anterior, não nos é permitido retirar conclusões definitivas sobre a etiologia dos défices específicos, constituindo este aspeto uma limitação (Crivelli et al., 2022).

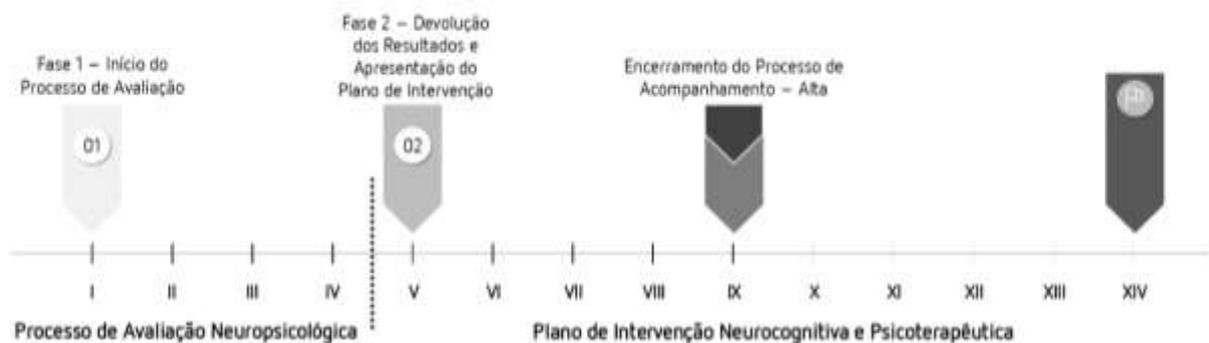
Plano de Intervenção (Neuro)Psicológica

Após a análise dos resultados da avaliação e integração de todos os dados relevantes para o processo, foi redigido o relatório da avaliação neuropsicológica para dar resposta ao pedido formulado por parte da Médica Psiquiatra de C., encontrando-se este no Anexo *, apontando a importância de se proceder à realização de um estudo de neuroimagem, elementar para detetar achados significativos e/ou entender a fisiopatologia da disfunção cognitiva em utentes com COVID-19 (Balcom et al., 2021). Posteriormente à elaboração do relatório, devolveram-se os resultados à utente numa consulta agendada para o efeito, visando o esclarecimento de dúvidas da parte de C..

Tal como sucedido, salienta-se a necessidade de ser efetuada uma avaliação após período de infeção, com vista a avaliar o estado a nível cognitivo e emocional da utente e, conseqüentemente, orientar um possível tratamento e planejar estratégias de reabilitação que se debrucem na melhoria do funcionamento cognitivo (Christopher & MacDonald, 2005; Crivelli et al., 2022), na tentativa de que a progressão da doença possa ser interrompida ou estabilizada por meio da intervenção. Deste modo, atendendo à concretização do objetivo solicitado – avaliação neuropsicológica, e uma vez que estão presentes défices cognitivos e queixas psicopatológicas que justificam o acompanhamento em contexto hospitalar, considerou-se que seria vantajoso a utente beneficiar de um Programa de Treino Cognitivo face às dificuldades apresentadas e, concomitantemente, de Intervenção Psicoterapêutica para o tratamento da Ansiedade e Depressão. Assim, na consulta de devolução, foram explorados os planos de intervenção delineados, apresentados esquematicamente na Figura 2, passíveis de sofrerem ajustes, consoante as suas necessidades. C. prontamente demonstrou interesse na implementação intermediada pelos programas, tendo sido questionado se teria disponibilidade para iniciar no momento o processo de intervenção. Dada a sua motivação e afirmação de que “a minha única esperança é que estas consultas me façam sentir melhor e conseguir trabalhar” (sic), o acompanhamento foi encetado a 17 de junho de 2022 e prolongar-se-ia ao longo de dez sessões. Segue-se a análise detalhada do plano de intervenção estruturado.

Figura 2

Esquemática do Processo de Avaliação e Intervenção Neurocognitiva e Psicoterapêutica de C.



Intervenção Neurocognitiva

A intervenção neurocognitiva pode ser direcionada para muitas áreas da cognição e o foco principal é promover o alívio do comprometimento cognitivo adquirido, visando o alcance de mudanças que melhorem o funcionamento diário em áreas relevantes da vida do indivíduo (Cicerone et al., 2000). Devido à plasticidade fisiológica, indivíduos com déficit cognitivo ligeiro têm na mesma capacidade para preservar e aprimorar funções cognitivas e adquirir novos conhecimentos (Eckroth-Bucher & Siberski, 2009), regenerando e estimulando padrões de conexão (Hill et al., 2011), sendo, por isso, os destinatários ideais para esta intervenção (Li et al., 2011). Embora conscientes da inevitabilidade da natureza progressiva de distúrbios neurodegenerativos, têm sido desenvolvidos tratamentos psicossociais complementares, como intervenções cognitivas, utilizadas em combinação da terapia farmacológica e orientadas para o comportamento, emoção e cognição (Alves et al., 2014; Tsantali et al., 2017). Assim, a diversidade de intervenções não farmacológicas incluem funções cognitivas e agrupam-se em três abordagens distintas: estimulação cognitiva, que corresponde ao envolvimento em atividades de grupo projetadas para aumentar ou melhorar o funcionamento cognitivo e social, utilizando uma abordagem não específica; treino cognitivo, envolve estratégias programadas para otimizar e exercitar funções específicas e engloba exercícios padronizados apresentados em formato computadorizado ou em papel e lápis; e reabilitação neurocognitiva³⁴, correspondendo a intervenções ou programas individualizados que trabalham nos objetivos e nas dificuldades da vida diária do utente (Clare & Woods, 2004; Tsantali et al., 2017).

Salienta-se que as alterações cognitivas devem ser o objetivo primordial do tratamento, facilitando-se, nesse sentido, as mudanças funcionais (Sohlberg & Mateer, 2001). Desse modo, os tratamentos de longo prazo em utentes pós-covid devem incluir intervenção neuropsicológica e

³⁴ Integra o grande ramo da reabilitação neuropsicológica. Nesta existe um reconhecimento generalizado de que a emoção, a cognição e o funcionamento psicossocial estão interligados, devendo ser todos alvo de reabilitação - abordagem holística (Wilson, 2003).

estimulação ou treino cognitivo (Costas-Carrera et al., 2022), possivelmente por meio do uso de tecnologias (Alemanno et al., 2021). Os métodos de treino cognitivo baseiam-se na suposição de que a prática regular se reflete no potencial de melhorar ou manter o funcionamento num domínio cognitivo e que os efeitos se poderão generalizar além do contexto do treino (Clare & Woods, 2004). Daí que utentes submetidos ao treino cognitivo demonstrem melhorias a longo prazo (Tsantali et al., 2017) e o enfraquecimento gradual do efeito da intervenção e do declínio cognitivo possa ser limitado por até cinco anos num programa individualizado (Tsantali & Economidis, 2014). Desta forma, o treino cognitivo é considerado como um método potencialmente eficiente para adiar ou interromper a progressão do declínio cognitivo em indivíduos com comprometimento cognitivo leve (Belleville, 2008; Clare & Woods, 2004), motivo pelo qual se optou por esta intervenção.

Para a implementação de um programa neurocognitivo eficaz, devem ser respeitados uma série de princípios, entre eles: presença de aliança terapêutica sólida entre o utente e o terapeuta; proporcionar a colaboração e participação ativa; foco no problema e orientação para determinados objetivos, com base nos pontos fortes do utente, maximizando-os (Sohlberg & Mateer, 2001).

Relativamente à utente, e face ao exposto, foi estruturado um programa de treino cognitivo, designado *Otima'Mente* (Anexo *), multifacetado, concebido através da separação dos processos cognitivos, enquanto unidades interdependentes e interativas (Sohlberg & Mateer, 2001), sendo composto por cerca de 20 tarefas de papel e lápis, envolvendo cinco níveis de dificuldade (definidos de acordo com as orientações de Wilson et al., 2017), que evoluem consoante o desempenho de C. e o aumento de nível, podendo ser ajustados conforme as necessidades. Foi planeado para realização semanal ou quinzenal, em 10 sessões de 45 a 60 minutos cada uma (Beck, 2021; Tsantali et al., 2017). O principal objetivo seria atingir metas significativas para C. (Clare & Woods, 2004), focando as suas necessidades reais e as dificuldades relatadas ao longo do processo de avaliação. Tentou-se desenhar um programa exequível, generalizável e útil, tendo em conta a questão da validade ecológica, considerando-se o impacto da intervenção não só no bem-estar da utente, mas também em resposta às atividades da vida diária, nomeadamente no contexto socioprofissional (Belleville, 2008).

A utente inicialmente demonstrou-se motivada para a implementação do programa (de junho a setembro) e o processo iniciou-se com uma certa regularidade durante 5 sessões (17/06, 08/07, 22/07, 26/07, 05/08), com duas faltas entre esse período (14/07 e 11/08). Foram realizados dois exercícios do manual de treino em cada sessão e, quando possível, solicitou-se a realização de tarefas do programa no contexto domiciliário, para cumprimento da calendarização. Salienta-se que na sessão de 22/07 C. partilhou que se deparava com dificuldades na organização das atividades

diárias, nomeadamente no planeamento e resolução de questões urgentes, no âmbito profissional. Verificando-se que se fazia acompanhar de agenda, logo se propôs a elaboração de uma lista de tarefas pendentes a realizar nas semanas seguintes, por ordem crescente de prioridade e para implementar esta tarefa elaborei um plano semanal do mês de agosto (Anexo *), com o intuito de auxiliar a organizar a sua rotina diária. A utente demonstrou satisfação e interesse nesta tarefa, tendo cumprido na íntegra os horários definidos de 25/07 a 05/08, confirmando-se as boas expectativas de autoeficácia. Contudo, não compareceu à sessão seguinte, solicitando reagendamento da consulta. Apesar das consecutivas tentativas de contacto efetuadas, não se obteve resposta, impossibilitando a prossecução da intervenção. Entretanto, após exposição do caso junto da orientadora, e por terem sido registadas já duas faltas de C. em sessões³⁵ anteriormente agendadas, decidiu-se que seria agendada, via carta, uma consulta para encerramento do processo, a 06 de setembro de 2022. A utente compareceu, alegando não ter recebido qualquer contacto, demonstrando descontentamento face à situação. Analisaram-se os acontecimentos relevantes desde a última sessão e avaliou-se, brevemente, o impacto do programa. Foram, ainda, realizadas atividades de treino cognitivo e, no final, procedeu-se à alta da UniPsi.

Tendo em vista o referido, pretendia-se medir a eficácia do tratamento e os resultados do programa à medida que ia sendo realizado, recorrendo a técnicas qualitativas para capturar os efeitos da intervenção e para adequação do plano, o que se concretizou. Destaca-se que a fraca adesão de C. que resultou na oscilação da assiduidade e da motivação para o programa influenciou o resultado do tratamento. Além disso, e apesar de se entender a pertinência da execução de uma reavaliação e posterior *follow-up*, para verificação de melhorias generalizadas e controlo evolutivo dos défices cognitivos quando cessasse o plano de intervenção neurocognitiva, tal não foi possível.

Intervenção Psicoterapêutica

No domínio da intervenção psicoterapêutica, e considerando as problemáticas presentes, entendeu-se que seria ajustada a atuação por meio de introdução de estratégias baseadas na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma vez que tem vindo a ser referido na literatura que é eficaz para o tratamento da depressão (Dobson & Dobson, 2017; Frank & Swaine, 2018) e, além disso, as TCC voltadas para depressão, ansiedade e dificuldades de sono provavelmente serão benéficas para os sobreviventes de COVID-19 (Vanderlind et al., 2021). A TCC é uma teoria breve, estruturada, centrada na premissa de que as cognições do indivíduo (também denominadas como pensamentos automáticos negativos, crenças irracionais, atitudes disfuncionais e esquemas

³⁵ A regra da UniPsi consiste em proceder a alta da unidade quando forem registadas duas faltas consecutivas. Mesmo não se tendo verificado esse aspeto de consecutividade com a utente, decidiu-se que devido à quantidade de contactos estabelecidos sem resposta, seria essa a solução adequada.

– Sá & Baptista, 2018) face a eventos influenciam as suas emoções e comportamentos (Beck, 2021; Frank & Swaine, 2018; Stejskal, 2018). Orienta-se para o presente e direciona-se à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2021). O objetivo da TCC é “fornecer uma avaliação e um plano terapêutico individualizado para problemas de comportamento particulares e contextualizados” (Sá & Baptista, 2018, p. 159), motivo pelo qual se entende a premência da agregação da farmacoterapia e da psicoterapia individual, com base na TCC e Terapia de Apoio ou Interpessoal, por exemplo, de acordo com as *guidelines* da prática clínica para o tratamento da depressão da APA (2019) e as do *National Institute for Health and Care Excellence* (2022) para o tratamento e gestão da depressão em adultos, corroborando, assim, a nossa opção.

O protocolo delineado (Anexo *) divide-se em 10 sessões, de 45 a 60 minutos cada uma, tal como estipulado para a intervenção neurocognitiva. Pretendia-se fracionar cada consulta em duas partes, entre as tipologias de intervenção selecionadas. Não foi possível implementar o protocolo na sua totalidade, mas apenas metade deste, a par do explicado no ponto anterior.

Iniciando a análise do protocolo idealizado e respetiva implementação, na primeira sessão de intervenção (consulta V – Figura 2), foi explicado à utente a estrutura do mesmo, clarificando o número de sessões, as suas componentes e respetivos procedimentos (Beck, 2021) (e.g. trabalho de casa para promoção da prática das estratégias abordadas; identificação de pensamentos automáticos e crenças erróneas), relevando, no entanto, a sua flexibilidade. À vista disso, realçou-se a importância do comprometimento, para facilitar os ganhos terapêuticos, apresentando os benefícios decorrentes da TCC, clarificando-se que detém controlo nas suas ações e pensamentos, assumindo um papel ativo no tratamento, tal como quem intervém o faz, pois a terapia requer uma atuação dinâmica dos elementos (Maia et al., 2009), equiparando-a a um trabalho de equipa, nomeadamente na seleção das estratégias mais adequadas (Beck, 2021). Depois do enquadramento do protocolo, foram definidos, conjuntamente, objetivos claros (Dobson & Dobson, 2017) e realistas a alcançar a curto/médio prazo, de acordo com as áreas problemáticas (Beck, 2021) (e.g. tentar trabalhar em questões laborais pendentes numa parte do dia, após realizar uma caminhada de cerca de trinta minutos), auxiliando a promover a motivação da utente e, nesse sentido, a aliança terapêutica, porque se trabalha numa direção comum (Winston et al., 2020). Estes foram reavaliados, substituídos ou ajustados em concordância com as necessidades de C. e o seu estado no momento.

Esta sessão também teve como objetivo a entrega de documentação para preenchimento, recorrendo à técnica da automonitorização. Assim, foi apresentada a C. a ferramenta *Emotion Thermometers* da ansiedade e da depressão (com a devida autorização do autor para a utilização da mesma), solicitando-se que daí em diante, procedesse diariamente ao preenchimento da tabela

(Anexo *), para deteção, monitorização emocional e compreensão do grau de alteração ao longo das semanas. Adicionalmente, solicitou-se o preenchimento do “Diário das Emoções” (Anexo *), para rotular as emoções experienciadas e respetiva intensidade, designando a data e a sua duração.

Salienta-se que numa fase inicial das sessões, se reservou um espaço para efetuar uma auscultação do estado de humor de C., através do seu relato e da análise dos documentos preenchidos e dos exercícios realizados como tarefa de casa, revendo os aspetos pertinentes anteriormente abordados e esclarecendo as dúvidas de C.. A terceira fase incidiu na elaboração das tarefas idealizadas, sendo o planeamento ajustado consoante as necessidades. A quarta e última fase, centrou-se na explicação de tarefas a realizar até à sessão seguinte e na obtenção de *feedback* acerca da sessão que havia decorrido (Beck, 2021; Maia et al., 2009; Taube-Schiff & Lau, 2008). Destaca-se a importância da atitude adotada de aceitação, apoio e suporte emocional, por meio de escuta ativa e compreensão empática, validando o sofrimento da utente, promovendo uma expressão aberta das suas emoções e contribuindo para a aliança terapêutica (Beck, 2021), como condição para um processo ativo e colaborativo e como preditor central para os resultados terapêuticos. Aponta-se também que se recorreu à Psicoterapia de Apoio, cujo elemento fundamental é a aliança terapêutica, que corresponde a uma abordagem centrada na saúde e no bem-estar geral da utente e na sua capacidade de adaptação às circunstâncias da vida, visando a melhoria dos sintomas, do funcionamento em geral, da esperança e do sentido de eficácia (Winston et al., 2020).

A segunda sessão foi iniciada pela exploração da informação registada nos documentos, tendo-se verificado que a sintomatologia ansiosa e depressiva foi pontuada, no máximo, de 4 nos termómetros emocionais, o que se sucedeu até cessar a intervenção. Acentua-se que C. nem sempre preencheu esta tabela. Por outro lado, e quanto ao registo diário das emoções, apresentou dificuldades em identificar emoções e a duração das mesmas, ainda que facilmente refira a presença de uma certa tristeza e medo acerca do futuro e de ter de contactar clientes para lhes solicitar a liquidação de avultadas quantias de consultas jurídicas e processos finalizados.

Nesta sessão procedeu-se à educação para a saúde ao nível da ansiedade e da depressão, sendo abordadas as características e vicissitudes da doença, para suscitar o *insight*, permitindo explicar a sua natureza (Maia et al., 2009). Aproveitou-se o momento para motivar a adesão à terapêutica – ênfase concretizada em quase todas as sessões –, evitando a resistência à toma e elucidando do risco de agravamento da sintomatologia. Outro dos objetivos principais desta sessão foi abordar os pensamentos com respostas automáticas, involuntárias e irracionais. Estes surgem em determinadas situações, pelo que se tentou encontrar uma relação entre as causas subjacentes, as cognições disfuncionais atuais da utente, as reações e comportamentos emocionais resultantes,

ou seja, uma relação entre a ativação emocional e os pensamentos inerentes. A utente foi capaz de reconhecer a presença de pensamentos automáticos e de destacar alguns destes, como “sou inútil porque não consigo fazer nada” (sic), “nunca mais vou conseguir trabalhar e ser a mesma pessoa” (sic), “lutei tantos anos e agora acabo a ser desacreditada por todos, que só me julgam” (sic), assinalando-se o comportamento de fuga do ambiente laboral e de isolamento social.

Diante destes factos, discutiu-se a visão negativa da própria utente, do mundo que a rodeia e mesmo do próprio futuro, devido ao grau de desesperança que apresenta face às dificuldades verificadas e possivelmente fruto da sintomatologia depressiva. As distorções cognitivas manifestam-se através dos pensamentos negativos, que traduzem a tendência para uma interpretação inflexível e um processamento desadaptado e enviesado da realidade (Frank & Swaine, 2018; Sá & Baptista, 2018), resultando em crenças erróneas de C. quanto ao julgamento de situações externas, como de outras pessoas face à sua situação e quanto ao próprio desempenho, tendo sido atribuído um significado aos acontecimentos que a perturbam (Frank & Swaine, 2018; Sá, 2019).

Com base no mencionado, e para continuar a promover a participação ativa da utente no processo de mudança, foram-lhe entregues dois documentos com tabelas multicolunas. Uma tabela relativa a pensamentos automáticos negativos (Anexo *), abrangendo as suas cognições e pensamentos automáticos, a “resposta racional” a essas cognições, as emoções e o acontecimento específico que precedeu a cognição (Maia et al., 2009); e outra referente ao registo de episódios ansiosos que possam ocorrer (Anexo *), devido às crises de ansiedade que referiu vivenciar ultimamente, compreendendo a data da crise, as sensações físicas, as emoções, a categorização numa escala de 0 a 10 da ansiedade e os pensamentos inerentes ao acontecimento. A utente foi, então, encorajada a registar os acontecimentos no imediato, para posterior análise, obviando a um viés de memória (Taube-Schiff & Lau, 2008). Para concretização da tarefa, foi exemplificado como C. poderia preencher os documentos, tendo também sido possível explicar-lhe o racional teórico subjacente à utilização da técnica de automonitorização (Beck, 2021), que possibilita a compreensão das relações existentes entre as respostas comportamentais, emocionais e as cognições, mas também o aspeto fundamental de ser uma tarefa que fornece informação e auxilia a dirigir o curso da intervenção, considerando que poderão, entretanto, surgir novas problemáticas com necessidade de atuação (Maia et al., 2009). Em síntese, esta sessão foi extremamente importante e produtiva, C. demonstrou elevado empenho e motivação, correspondendo aos objetivos previamente definidos.

Na terceira sessão a utente não compareceu, procedendo-se ao reagendamento da consulta. Na sessão seguinte em que esteve presente não se denotou a mesma motivação quando se solicitou a apresentação das tabelas referentes à sessão anterior, as quais não foram preenchidas, referindo

C. que não ocorreu nenhum episódio ansioso e que não se apercebeu de algum pensamento automático negativo. Mediante esta informação, foi proposta a realização de um momento de reflexão acerca das últimas semanas e, de facto, acabou por conseguir detetar pelo menos dois pensamentos automáticos negativos. Considerou-se propício esclarecer que os trabalhos de casa são materiais essenciais (Beck, 2021; Kaczurkin & Foa, 2015) que contribuem para o sucesso do tratamento e recuperação (Dobson & Dobson, 2017), ou seja, tudo depende da adesão e do tempo dedicado à sua realização (Maia et al., 2009). O objetivo da sessão centrou-se na técnica da reestruturação cognitiva, que facilita a deteção das cognições disfuncionais e sentimentos associados, e no desenvolvimento de estratégias adaptativas, pretendendo-se a substituição dos pensamentos automáticos negativos ou intrusivos por pensamentos realistas ou respostas racionais comportamentais alternativas, irrompendo o ciclo vicioso e evitando a ruminação (Maia et al., 2009; Sá & Baptista, 2018). Trabalhou-se na modificação do diálogo interno relativamente ao negativismo apresentado, mais precisamente na desesperança de mudanças de comportamento, pela substituição da crença desadaptativa de “sou a culpada de estar assim, por não ter nenhum rendimento em nada do que faço” (sic), reformulando-a por “eu sei que sou capaz de fazer alguma coisa para melhorar a minha situação, ou pelo menos tentar”.

A quarta sessão teve como principal finalidade contribuir para a regularização do humor, através da utilização de técnicas como o esquema ABC (*Adversity, Belief and Consequence*), de Albert Ellis, e o DE (*Dispute and Exchange*) (Anexo *), que demonstra a relevância da tomada de consciência dos pensamentos automáticos, da influência destes nas emoções e comportamento e, ainda, da reestruturação. Recorreu-se, ainda, à técnica da distração ativa, explicando-se a C. que a atenção e os pensamentos negativos têm um papel fulcral no desenvolvimento e na manutenção das perturbações de ansiedade, uma vez que intensificam as sensações corporais. Para alterar, ainda que temporariamente, o foco da atenção da utente, sugeriu-se a prática de uma ou mais atividades (Beck, 2021) prazerosas à sua escolha (e.g. visualização de um filme, estabelecer contacto com terceiros, ler, escrever, praticar exercício físico). Nestas sessões, em oposição ao ocorrido no início da sessão três, a utente adotou uma postura extremamente interessada, colaborando na realização de todas as tarefas entre as sessões e no preenchimento da documentação do Modelo ABC, elogiando-se a atitude e o empenho, denotando-se uma melhoria significativa no seu humor e no controlo dos pensamentos, iniciando a prática da reestruturação com autonomia, reconhecendo-se que esta técnica pode melhorar os sintomas de depressão (Vanderlind et al., 2021) e de ansiedade, bem como os problemas de concentração e insónia (Frank & Swaine, 2018).

Tendo em mente as melhorias de C. e a adesão às tarefas, conseguiu-se, tal como planeado na quinta sessão, realizar um treino de Relaxamento Muscular e de Respiração Diafragmática (Anexo *), principalmente para a gestão e redução do *stress*, da ansiedade e diminuição da tensão muscular. As técnicas foram apresentadas à utente, explicando-se que se objetivava ensinar a desenvolver aptidões de relaxamento, para que consiga aplicar e praticar no contexto exterior. Contribuiu-se para o *insight*, permitindo desenvolver uma representação de autocontrolo e, nesse sentido, a capacidade de auto relaxamento. Exemplificou-se a realização dos exercícios, que consistem em criar, progressivamente, tensão, seguida de relaxamento em diferentes grupos musculares, dando-se indicação para os executar. No final da prática guiada foi solicitada uma apreciação do momento e C. indicou sentir um grande alívio. Transmitiu-se a importância da sua execução sempre que sinta necessidade para alcançar controlo autónomo da sintomatologia álgica e da mialgia, tendo-lhe sido entregue um panfleto com indicações orientadoras (Anexo *).

Na sessão seguinte, como mencionado no ponto anterior, a utente não compareceu (11/08), realizando-se a sexta e última sessão, um mês após esta data, aproximadamente. Logo no início, C. abordou a realização de atividades sociais ultimamente, o que foi reforçado positivamente. Porém, apresentou elevada labilidade emocional e referiu que na última semana não havia cumprido com as tarefas propostas, o que afirma se ter repercutido significativamente no seu estado atual. O objetivo desta sessão era facilitar o fortalecimento das variáveis do *self* (autoconceito e autoestima), complementando com psicoeducação acerca da importância de adoção de comportamentos de autocuidado, tendo-lhe sido entregue um documento elaborado pela OPP (Anexo *) para monitorização dos comportamentos que adotava e das suas implicações na qualidade de vida. O estilo de vida, assemelhado a um tratamento complementar alternativo, é fundamental, motivo pelo qual se advertiu para a necessidade da prática de atividade física regular e adaptada, por ser eficaz na melhoria da sintomatologia depressivo-ansiosa leve a moderada, nomeadamente para C., que apresenta comorbilidades (Singh et al., 2023). Neste âmbito, a utente partilhou que tem vindo a realizar atividade física e outras atividades para se manter ativa e distraída, sentindo-se melhor.

Mesmo não estando planeadas outras atividades nesta sessão, e uma vez que seria a última de intervenção, reservou-se um período para antecipar tarefas das sessões seguintes, como elaborar: um breve resumo das estratégias disponíveis a adotar individualmente e um balanço reflexivo do processo terapêutico, que foi extremamente positivo do ponto de vista de C., tendo explorado os progressos alcançados. Alertou-se para a relevância de dar continuidade ao trabalho desenvolvido e à prática dos exercícios, promovendo o autocontrolo e a autoeficácia da utente, utilizando todas as atribuições internas e estratégias apreendidas, transmitindo-as nas atividades diárias para antecipar

e enfrentar situações adversas e para resolução de problemas (Sá & Baptista, 2018), sendo tudo isto de “crucial importância para o êxito terapêutico” (Maia et al., 2009, p. 123). De seguida, elucidou-se C. sobre a possibilidade de vivenciar períodos de oscilação de humor ou retrocessos no processo, pelo que se encorajou à elaboração de um plano de manutenção (prevenção de recaída – Dobson & Dobson, 2017), englobando a adesão ao tratamento farmacológico. Além disso, transmitiram-se estratégias de identificação de situações de risco e técnicas a adotar, se tal ocorresse, sendo-lhe entregue um pequeno cartaz intitulado “Como atuar na Ansiedade e na Depressão?” (Anexo *). Cessou-se o acompanhamento, apontando-se, no entanto, a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e alertando-se que, no caso de sentir extrema necessidade de restabelecer o acompanhamento, indicasse à sua Médica Psiquiatra, procedendo esta ao reencaminhamento.

Nas sessões seguintes pretendia-se recorrer ao modelo de resolução de problemas (Anexo *), para se compreender o que de pior poderia acontecer nas situações-problema apontadas pela utente, destacando as vantagens e desvantagens, na tentativa de encontrar soluções ou explicações alternativas. Na nona sessão seria elaborada uma revisão das aprendizagens adquiridas, ampliando a compreensão da possibilidade de incluir as práticas no quotidiano. Seria também um objetivo a execução de nova avaliação psicométrica, possibilitando avaliar a presença de melhorias adquiridas com o processo, percebendo haver, ou não, eficácia efetiva do tratamento. Por fim, na última sessão propunha-se a realização de uma consulta de *follow-up*, um mês após o término da intervenção psicológica e da realização do programa de treino cognitivo, para exploração de acontecimentos significativos ou episódios de recaída, definição de objetivos a longo prazo e reforço ou manutenção da gestão do progresso (Dobson & Dobson, 2017). E no culminar da implementação do protocolo desenhado, não havendo necessidade de prolongar o acompanhamento, seria dada alta da UniPsi.

Reflexão Crítica do Caso Clínico

Considerando que a base de qualquer intervenção é a aliança terapêutica, reconheço que foi facilmente estabelecida com a utente, denotando que as consultas eram um espaço seguro, de conforto e segurança para partilhar as suas angústias e expor as suas fragilidades. Devido à necessidade notória de ventilação emocional de C., estas iniciavam-se com um processo de escuta ativa e resposta empática que muitas das vezes se prolongou por mais tempo do que o esperado, reconhecendo, no entanto, que foi essencial, mas que obrigou, impreterivelmente, a modificar ou flexibilizar o planeado para determinadas sessões. Não obstante, considero ter-me adaptado positivamente às necessidades e volubilidades da utente, tentando dar-lhes resposta, por meio da

aceitação emocional, não me cingindo exclusivamente à realização de tarefas ou transmissão e análise de estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais.

A ambivalência e as oscilações da assiduidade, a dificuldade em cumprir o horário agendado das consultas e a inconstância na adesão à intervenção e respetivas tarefas de casa por parte da utente, constituíram obstáculos para dar continuidade à intervenção, inviabilizando o alcance dos objetivos delineados, o que me provocou uma certa angústia e dúvida, sobre se estaria a atuar corretamente. Diante disso, as sessões foram um verdadeiro desafio, tanto pela labilidade emocional de C. como pela sua postura apelativa, aliada às alterações de humor, e à sobrevalorização dos sintomas somáticos, mas permitiram-me reconhecer que nem tudo é tão linear como apresentado nos manuais orientadores e que as adaptações às necessidades manifestadas pelos utentes no momento prevalecem, como ocorreu com as atividades de planeamento e de organização.

Porém, é de salientar o investimento e o progresso na relação terapêutica e o papel moderadamente ativo adotado por C., com efeitos crescentes, embora limitados, que possibilitaram o desenvolvimento de competências e estratégias a adotar para enfrentar dificuldades, repercutindo-se no regresso gradual ao trabalho, bem como na restauração da rede social. Adicionalmente, manifestou maior consciencialização e controlo da situação, apresentando melhorias no humor e nos sentimentos de inutilidade, parecendo que o acompanhamento prestado se demonstrou útil.

Conciliar os dois programas nem sempre foi fácil, exigindo adequar as expectativas, assertividade, organização e elevada gestão de tempo para maximizar os potenciais benefícios da intervenção. De modo geral, caracterizo o trabalho desenvolvido junto da utente e as aprendizagens do processo como enriquecedoras, conseguindo-se alcançar melhores níveis de funcionamento intra e interpessoais. Decorrente disso, consolidei e aprofundei conhecimentos da TCC e das entidades clínicas em análise, tanto adquiridos durante a formação académica, como em estudo autónomo.

Por fim, apesar de não ter sido concretizado o plano na totalidade, partilho que os progressos alcançados se repercutiram em comentários positivos tecidos pela utente e na gratidão transmitida sobre o trabalho desenvolvido, mencionando o “empenho em me ajudar nos meus problemas” (sic).

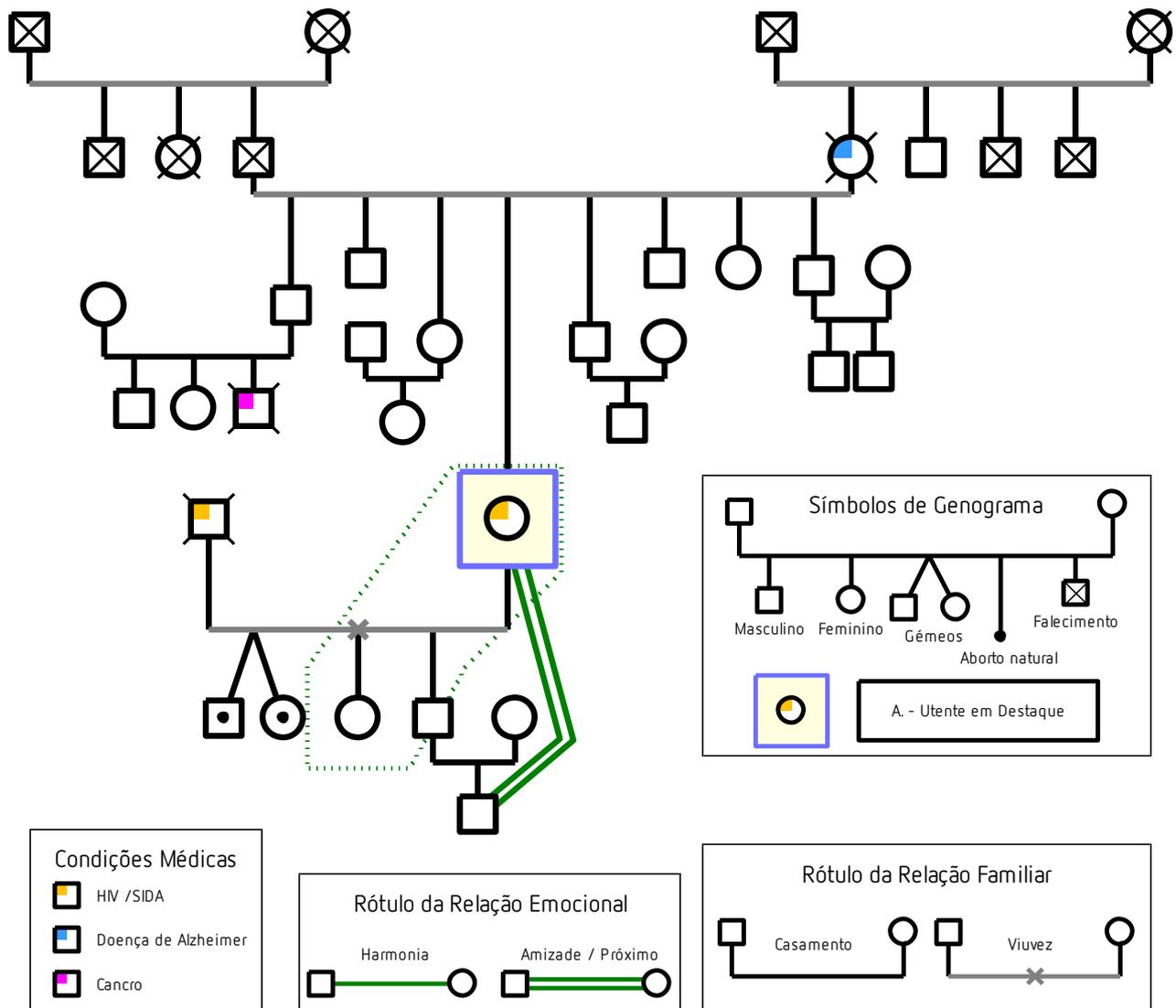
4.2. Caso Clínico A. S.

Elementos de Identificação

Mulher de 57 anos, viúva há 23 anos, é a quarta filha de uma fratria de 8 irmãos. Tem dois filhos (I. de 32 anos e R. de 25 anos) e reside com a filha (R.) em habitação própria. Completou o 4.º Ano de Escolaridade e é Operária Fabril, exercendo atualmente funções de Revistadeira Têxtil.

Figura 3

Genograma Familiar de A.



Proveniência e Natureza do Pedido

A. foi encaminhada pelo serviço de Medicina Interna – Infeciologia 2 do Hospital, onde é acompanhada, sendo solicitada Avaliação Neuropsicológica devido a “alterações de memória em doente infetada com VIH” (Anexo *).

Exploração do Motivo da Consulta

A utente demonstrou conhecimento do motivo pelo qual foi encaminhada para a consulta de Psicologia, pela sua Médica Infeciologista, referindo que sente “a cabeça cansada, esquecida... e ao mesmo tempo não pára um bocadinho, eu nem durmo... tenho muito medo de ter Alzheimer como a minha mãe teve...” (sic), verificando-se congruência entre o pedido e a informação relatada. Aborda também o receio de estas falhas de memória se encontrarem relacionadas com o Vírus da

Imunodeficiência Humana (VIH)³⁶, de que padece, não obstante o mesmo se encontrar controlado, não apresentando qualquer tipo de sinais ou sintomas da doença.

Fontes de informação

Utilizaram-se como fontes de informação para recolha da história clínica, a entrevista com a utente e a consulta do processo individual no SClínico.

Processo de Observação Clínica

Ao longo das sessões, A. apresentou aparência cuidada e adequada ao contexto. Compareceu sempre sozinha, manifestando reduzida flexibilidade no agendamento devido ao horário laboral.

Demonstrou-se interessada, motivada e exibiu, de modo geral, uma atitude cooperante. Estabeleceu contacto ocular frequentemente, assumindo uma postura próxima. Linguagem espontânea e fluente, assim como discurso lógico e organizado, com pensamento coerente. O estado de humor caracteriza-se como predominantemente ansioso. Evidenciou orientação espaciotemporal e autopsíquica. Sem aparente comprometimento ou alteração sensoperceptiva.

Informação Contextual

História Clínica

No que respeita a antecedentes médico-clínicos e segundo informação do processo, a utente é acompanhada desde 1999 pelo serviço de Medicina Interna, na consulta de doenças infecciosas, altura em que tomou conhecimento que estava infetada com VIH, encontrando-se em estado de infeção assintomática. O diagnóstico e o acompanhamento surgem na sequência de complicações médicas do marido (V.), que veio a descobrir estar infetado e em estado terminal, acabando por falecer. A utente refere ser "(...) ansiosa desde sempre, já faz parte da minha personalidade desde pequena. Mas quando fiquei viúva tornei-me numa pessoa ainda mais ansiosa" (sic).

Em 2013 foi diagnosticada tendinopatia calcificante do ombro³⁷ direito. Em 2020 foi submetida a cirurgia à coluna cervical por degeneração do disco cervical ao nível C4-C5 e em 2021 sujeita a cirurgia por síndrome do túnel cárpico, no membro superior direito.

A. foi diretamente encaminhada para a UniPsi, com o pedido de realização de Consulta de Neuropsicologia por queixas subjetivas ao nível de memória, apontando sentir-se "(...) muito esquecida ultimamente, até falei com a Doutora E., que disse que ia pedir uma avaliação na

³⁶ Infeção viral que destrói, progressivamente, células responsáveis pela defesa do organismo contra infeções e tumores. É transmitido através do contacto direto com líquido corporal (sangue, líquido vaginal e sémen) que contenha vírus ou células que se encontrem afetadas com o mesmo.

³⁷ Ocorre pela formação de depósitos de cálcio nos tendões.

psicologia para percebermos o que se passa” (sic), partilhando o receio de perda de lucidez e síndrome demencial por antecedentes familiares de Demência de Alzheimer. Refere não ser a primeira vez em consultas desta área, devido a contacto anterior com Psicólogo na época em que ficou viúva, tendo o acompanhamento cessado pelo facto de a utente não sentir mais necessidade.

Atualmente, destaca a presença de dores osteoarticulares, principalmente no membro superior esquerdo e apresenta colesterol elevado.

A terapêutica farmacológica em curso há alguns anos inclui: Darunavir 150mg³⁸ (1 comprimido por dia), Raltegravir 1200mg³⁹ (2 comprimidos de 600mg por dia), Lorazepam 1mg⁴⁰ (1 comprimido à noite) e Pravastatina 40mg⁴¹ (1 comprimido por dia). Verifica-se adesão à medicação, reconhecendo a importância da sua toma para controlo sintomático e da doença.

História do Problema Atual

Ao nível de ansiedade, o marcador temporal que estabelece o agravamento da sintomatologia é a perda repentina do marido, aos 34 anos. Este período é descrito como “muito difícil... foi um choque. Começou a emagrecer muito de repente e acharam que era um problema na tiroide, chegou até a ser operado... mas quando descobriram, estava completamente destruído, disseram que já não havia nada a fazer, era do vírus... foi tudo muito rápido” (sic). A sintomatologia ansiosa tem estado presente desde então, apesar de se verificarem oscilações, sendo que surge através de irritabilidade, dor abdominal frequentemente (presenciada em consulta) e em episódios de “dejeções de fezes moles”, identificados, desde 2014, pela sua Médica Infeciologista.

Ao ser questionada acerca da principal dificuldade atual, A. refere tonturas e dores de cabeça na região frontal, assim como limitações ao nível da memória, revelando esquecer o nome das pessoas, “em vez de chamar um irmão chamo outro... e troco o nome dos meus filhos” (sic), o que lhe causa um certo desconforto e preocupação. Uma outra situação em que têm vindo a suceder-se falhas de memória é nas deslocações ao supermercado (“Eu nunca fui de escrever uma lista de compras. Entro no supermercado e vou andando pelos corredores e vou-me lembrando do que está em falta em casa, mas ultimamente chego sempre sem metade do que era necessário porque passo pelas coisas e não me lembro... antes nunca me esquecia”, sic).

Ao longo das consultas constata, reiteradamente, a existência de insónias, principalmente na noite anterior às consultas, afirmando que “não dormi nada esta noite, com a ansiedade...” (sic).

³⁸ Antirretroviral indicado, em associação com outros medicamentos antirretrovirais, no tratamento de doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH-1).

³⁹ Antirretroviral indicado, em associação com outros medicamentos antirretrovirais, no tratamento de doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH-1).

⁴⁰ Fármaco da classe das benzodiazepinas indicado para controlo da sintomatologia ansiosa, com efeito sedativo e tranquilizante (indutor do sono).

⁴¹ Utilizado para reduzir o nível de colesterol no organismo.

Relativamente ao motivo da ansiedade que contou sentir, menciona "(...) medo de não acordar de manhã, por causa de adormecer e chegar atrasada à consulta e depois não ter tempo para fazer o almoço e ir para o trabalho (...)" (sic). Devido às queixas persistentes, foi realizado pedido de avaliação para consulta de Psiquiatria no SPSM, para ajuste da terapia, uma vez que o Lorazepam foi receitado pela médica de família, há mais de 10 anos e poderá estar em causa uma possível ineficácia da dose recomendada do fármaco prescrito, além da sintomatologia ansiosa presente.

História Pessoal e Familiar

A utente refere que foi uma filha desejada pelos seus pais, embora não tenha sido planeada a sua conceção. Recorda o período da infância como feliz e afirma que "apesar das dificuldades nunca nos faltou nada" (sic), acrescentando que os seus pais trabalhavam na indústria têxtil ("era o trabalho que havia, na minha zona é o que mais se faz ainda hoje. É no que eu trabalho também...", sic) e que os irmãos cuidavam uns dos outros na ausência dos seus pais. Pertence a uma fratria de 8 irmãos, tendo o seu irmão mais novo 44 anos. Destaca a boa relação com estes ("damo-nos todos bem... somos muitos (riso)", sic).

Da fase da adolescência não salienta acontecimentos relevantes, exceto o início do namoro com o seu marido, quando tinha 22 anos. Não existe referência a relacionamentos significativos anteriores. Em termos de história conjugal, casaram após 2 anos de namoro. A. encontrava-se grávida de gémeos há 33 anos e, segundo indica, veio a sofrer um aborto espontâneo. Demonstra tristeza pela perda, mas aponta que "já ultrapassei, a gravidez ainda estava muito no início e depois tive a alegria do nascimento dos meus filhos" (sic). Deste modo, após esta perda gestacional engravidou, referindo que, tanto por si como pelo marido, os seus filhos foram muito desejados. O crescimento destes decorreu sem complicações de saúde e descreve a relação familiar como repleta de amor e união. Até que em 1998/1999, o seu marido falece (com 39 anos) na sequência de infeção por VIH, patologia desconhecida até à data ("não fazíamos ideia do que ele tinha, nem os médicos entendiam bem no início. Até que pronto... lá descobriram e ele durou pouco tempo, estava muito mal... foi um choque para todos (...). E eu acabei por descobrir que tinha também, não sabemos de onde apareceu.") (sic). Mesmo referindo não conhecer a causa da infeção, afirma que o marido teve relacionamentos anteriores ao período em que iniciaram o namoro, mas o mesmo não ocorreu com a utente. A fase que se sucedeu à perda do marido é caracterizada como dolorosa por todas as responsabilidades que se viu obrigada a assumir, acrescentando que "o pior foi eu ter ficado sozinha com os meus filhos, porque o meu filho tinha 8/9 anos e a mais nova nem 2 anos tinha... eu fiquei sozinha com eles (...) a sorte foi a minha família sempre me ter ajudado e eu precisei de trabalhar

mesmo muito para que nada lhes faltasse” (sic). Apesar deste acontecimento, demonstra orgulho no seu percurso, reconhecendo ter trabalhado arduamente para manter a habitação própria que lhe havia sido deixada pelo marido. A utente retrata-se como uma mãe “dedicada e extremamente preocupada” (sic), sobretudo nesta época e reconhece o bom suporte familiar. Desde o falecimento do marido não estabeleceu outro relacionamento amoroso, nem manifesta interesse nesse sentido (“para já sinto-me feliz assim, nem tenho tempo para pensar nisso...”, sic). A esta perda significativa encontram-se subjacentes as questões da sintomatologia ansiosa, as quais são desvalorizadas por A., não mencionando ter sentido em algum momento necessidade de recorrer a ajuda terapêutica.

Refere ter conseguido suportar as despesas dos seus filhos até à idade adulta, até mesmo do alojamento enquanto estudaram no ensino superior e indica que os custos dos cursos superiores foram subsidiados através de bolsas. I. é engenheiro eletrónico e R. terminou recentemente a licenciatura em Serviço Social. A utente é avó de um menino com 4 anos, filho de I., com quem assinala manter uma excelente relação (“somos muito próximos e ele é a minha alegria”, sic).

A. aborda a ocorrência de outras perdas significativas, como a dos seus pais, a mãe por doença neurodegenerativa e o pai “por velhice” (sic). Salaria o falecimento de L., seu sobrinho, em 2016, por leucemia, o que contribuiu para as insónias e agravamento do quadro ansioso.

Relativamente a doenças no contexto familiar, destaca a Doença de Alzheimer da mãe, apontando que lhe prestava auxílio diariamente. O facto de ter vivenciado com considerável proximidade a degradação da sua mãe, repercute-se no receio que expressa em perder as suas capacidades, transparecendo a elevada preocupação perante as falhas de memória atuais.

História Escolar, Laboral e Sócio ocupacional

A utente completou o 4.º ano de escolaridade, referindo dificuldades porque “não gostava nada de andar na escola, não tinha muito boas notas” (sic), denotando-se arrependimento, pois reconhece que se deveria ter esforçado mais na altura. Indica que se relacionava bem com os colegas, estabelecendo ligação com os pares facilmente. A partir da fase em que deixou de estudar, prestou auxílio nas tarefas domésticas, até aos 16 anos, tendo iniciado atividade laboral na indústria têxtil. Atualmente exerce funções no mesmo ramo, no turno da tarde/noite, das 14 às 22 horas e refere gostar muito do ambiente e das colegas de trabalho. Partilha, curiosamente, que já há alguns anos não realiza cálculos matemáticos na empresa, “agora a máquina faz tudo e eu só preciso de ficar a revistar” (sic), no entanto, antes era necessário efetuá-los para “escrever os valores certos nas máquinas e fazer os rótulos com os códigos para os rolos” (sic), demonstrando redução da atividade ao nível do cálculo mental desde então.

A. assume rotina ativa e estruturada, encontrando-se inscrita na hidroginástica, à terça e quinta-feira, da parte da manhã. Aponta ser muito organizada e “viciada em ter tudo direito e arrumado” (sic). Nos seus tempos livres gosta de jogar sudoku (“mas é um bocado difícil, não costumo conseguir acabar”, sic) e completar palavras cruzadas.

Em relação a atividades sócio ocupacionais, a utente participa em passeios e caminhadas com as colegas do trabalho (“vamos passear às vezes ao fim de semana, encontramos-nos no café (...), são muito minhas amigas e não me deixam sozinha”, sic) e indica que habitualmente se encontra ao domingo com os seus filhos, a nora e o neto (“é sempre um dia muito feliz”, sic).

Processo de Avaliação (Neuro)Psicológica

Pretendeu-se, através da presente avaliação, traçar o perfil neuropsicológico de A., com vista a avaliar o estado cognitivo da utente e a presença de alterações clínicas (Ardila & Ostrosky, 2012), assim como analisar o impacto de possíveis disfunções no funcionamento global.

Iniciou-se a avaliação a 7 de junho de 2022, sendo concluída em 4 consultas de frequência semanal, com duração de cerca de 90 minutos cada.

Estado Mental e Observação do Comportamento durante o Processo de Avaliação

O processo de avaliação neuropsicológica formal decorreu sem interferências de maior, sendo a utente capaz de se envolver nas tarefas, quando salientada a relevância da realização da avaliação, apesar do seu humor ansioso ser particularmente notório neste período.

Avaliação Instrumental

A avaliação propriamente dita foi encetada pela entrevista clínica semiestruturada, em simultâneo com a observação comportamental, ambas visando a recolha de dados pertinentes para o processo. De seguida, procedeu-se à administração de uma bateria de testes neuropsicológicos, criteriosamente selecionados, tendo em consideração o pedido de avaliação elaborado e as problemáticas evidenciadas. Deste modo, na avaliação formal aplicaram-se os seguintes testes, validados para a população portuguesa: 1) *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Freitas et al., 2010); 2) Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (*Instrumental Activities of Daily Living Scale – IADL*) (Madureira et al., 2007); 3) *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007); 4) *Addenbrooke’s Cognitive Examination* (ACE-III) (Machado et al., 2015); 5) Figura Complexa de Rey (Rey, 1959/2002)⁴²; 6) *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT) (Cavaco et al., 2015;

⁴² Consultar página 35 do presente documento.

Foldi et al., 2018); 7) *Trail Making Test* (TMT) (Cavaco et al., 2013)⁴³; 8) *INECO Frontal Screening* (IFS) (Caldeira et al., 2011); 9) *Wechsler Adult Intelligence Scale – III* (WAIS-III) (Wechsler, 1997/2008); 10) *Wechsler Memory Scale – III* (WMS-III) (Wechsler, 1997/2008)⁴⁴.

O MoCA, recorrentemente utilizado em avaliações desta índole, é um instrumento breve de rastreio sensível ao défice cognitivo ligeiro, permitindo compreender o funcionamento cognitivo global. Avalia domínios como: função executiva, memória, capacidade visuoespacial, atenção, concentração e memória de trabalho, cálculo e raciocínio abstrato, linguagem e orientação temporal e espacial, através da obtenção de um *score* máximo de 30 pontos (Freitas et al., 2010).

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária pretende avaliar a autonomia para a realização destas atividades. A pontuação final resulta da soma de oito atividades, sendo o avaliado qualificado de “independente” a “totalmente dependente” (Madureira et al., 2007).

A HADS é composta por 14 itens que medem a ansiedade e a depressão em contexto hospitalar. A pontuação total é de 42 pontos, 21 para cada escala. Uma pontuação de 8 a 10 é considerada leve, entre 11 e 14, moderada, e entre 15 e 21, grave (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O ACE-III é um teste de *screening* para despiste e avaliação de défice cognitivo a partir de 5 domínios: atenção, memória, fluência verbal, linguagem e capacidade visuoespacial. A soma das pontuações dos domínios é de 100 pontos (Machado et al., 2015).

O AVLT avalia as funções da memória em indivíduos com alterações mnésicas ou neurodegenerativas, comprometimento cognitivo, lesão cerebral ou outras condições que prejudiquem o funcionamento cerebral (Cavaco et al., 2015; Foldi et al., 2018). Consiste na leitura de uma lista de 15 palavras ao avaliado, solicitando-se de seguida que diga todas as palavras que se recordar (evocação imediata), sendo o exercício repetido por cinco vezes/ensaio. Passado um determinado tempo é solicitado que volte a dizer as palavras que se lembrar, sem ser lida a lista (evocação diferida). Posteriormente, lê-se uma lista que inclui palavras da lista anterior e outras que não constavam da mesma, solicitando-se que para cada uma indique se essa palavra integrava a lista anterior (reconhecimento diferido). A pontuação do teste baseia-se nas palavras corretamente identificadas, considerando a idade e escolaridade do indivíduo, possibilitando a comparação entre o desempenho do mesmo com os dados normativos⁴⁵ (Cavaco et al., 2015).

O IFS foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as funções executivas em condições neurodegenerativas. É composto por três grupos de escalas: inibição e alternância de resposta;

⁴³ Consultar página 35 do presente documento.

⁴⁴ Consultar página 35 do presente documento.

⁴⁵ Introdução da quantidade de respostas corretas consoante a evocação em <https://neuropsi.up.pt>, onde se procede à conversão dos dados (Cavaco et al., 2015).

memória de trabalho e abstração, divididas em oito subescalas. O ponto de corte para demência na população portuguesa é de 19 e para Demência de Alzheimer é de 8 (Caldeira et al., 2011).

A WAIS-III (Wechsler, 1997/2008) objetiva avaliar o desempenho cognitivo do jovem adulto ao idoso e é composta por 14 subtestes. Procedeu-se à aplicação dos subtestes de Código e Pesquisa de Símbolos (compõem o Índice de Velocidade de Processamento); Aritmética, Memória de Dígitos e Sequência de Letras e Números (constituem o Índice de Memória de Trabalho).

Resultados da Avaliação

Os resultados dos testes de avaliação neuropsicológica aplicados à utente são apresentados no Anexo * através de uma tabela.

Enquadramento Global dos Resultados e Diagnóstico Diferencial

Efetuada o exame neuropsicológico formal, através de testes standardizados, importa analisar os resultados. Através do MoCA, A. obteve uma pontuação de 24/30, correspondendo a um valor médio superior face aos valores normativos (Ponto de corte: < 22 para Défice Cognitivo Ligeiro; < 17 para Demência) e 21.78 ± 2.86 (Freitas et al., 2011), tendo em conta a idade e escolaridade da utente. Salientam-se dificuldades nas tarefas da nomeação (1/3) e do cálculo (1/3).

O IADL indica que a utente é totalmente autónoma (8/8) e independente na realização das atividades instrumentais da vida diária.

Na escala HADS, os resultados revelam a ausência de sintomatologia depressiva (3/21), demonstrando, no entanto, a presença de sintomatologia ansiosa moderada (11/21), estando de acordo com o relatado por A. nas consultas e ao expectável face à observação clínica efetuada.

No ACE-III, os resultados obtidos são indicativos, na globalidade, de alterações cognitivas, nomeadamente de um défice ligeiro ($Z = -1,14$), sendo estes inferiores ao que seria esperado para a sua faixa etária e escolaridade. Denota-se que o domínio cognitivo mais afetado é a memória ($Z = -2,22$), nomeadamente memória episódica recente e memória semântica, assim como a fluência verbal ($Z = -1,34$), apresentando um ligeiro declínio na evocação de informação. Nos domínios da atenção, da linguagem e da capacidade visuoespacial não se verificam alterações significativas.

Na realização da prova da Figura Complexa de Rey (figura A), a utente, na riqueza e exatidão da cópia obteve resultados de nível médio inferior quando comparados à amostra de aferição para a população portuguesa. Por sua vez, na reprodução de memória, os resultados situam-se num nível médio de desempenho. Ao avaliar as figuras e o momento da sua elaboração, apuraram-se algumas fragilidades na capacidade visuoespacial e na organização perceptivomotora.

Analisando os resultados do AVLT, salienta-se que no decorrer dos ensaios se verificou que a aprendizagem verbal se situa num nível médio ou superior e que a curva de aprendizagem evoluiu significativamente. A evocação livre a 30 minutos e a taxa de retenção encontra-se num nível superior, tal como o ensaio do reconhecimento diferido, não sendo, por isso, apontadas dificuldades na memória verbal, no caso em que a informação apresentada é repetida por diversas vezes. Apesar de no primeiro ensaio os resultados se enquadrarem num nível inferior (denotando défice na memória imediata após apresentação única da informação), afirma-se que a recordação da informação apresentada oralmente de modo repetido conduz a performance melhorada.

No TMT, parte A, a utente encontra-se na média para a sua idade e escolaridade, tendo realizado a prova sem erros de desempenho. Porém, na parte B verificaram-se 6 erros e um tempo de realização superior a 5 minutos, revelando comprometimento significativo ao nível da velocidade de processamento e de flexibilidade mental. Apresenta ainda elevadas dificuldades de foco atencional e de atenção entre estímulos ou de estímulos múltiplos em simultâneo, podendo ser, em parte, justificadas pelo estado ansioso e por reduzida motivação ou cansaço na realização da tarefa.

No IFS verifica-se um padrão normativo quanto à pontuação obtida (26/30) (ponto de corte ≤ 19) (Caldeira et al., 2011). As falhas de performance que se podem referir centram-se nos itens 5 e 6 da subprova dígitos inverso (4/6), que afere flexibilidade cognitiva; na memória de trabalho verbal, com um erro no desempenho e na de trabalho espacial também. As restantes funções e respetivas subprovas que integram o INECO não apresentam défices, encontrando-se preservadas.

Perante os resultados da WAIS-III, verifica-se que a pontuação dos subtestes se enquadra no nível médio, especificamente médio inferior, contudo, o subteste aritmética destaca-se pelos resultados visivelmente inferiores que apresenta, comprovando as dificuldades abordadas por A. ao longo das consultas, salientando-se défices notórios na resolução de problemas aritméticos.

A performance da utente na WMS-III, apesar de se adequar a níveis considerados como normativos para a sua faixa etária, contrariamente ao ACE-III e de acordo com o AVLT, apresenta resultados de nível médio inferior, como o subteste de Localização Espacial e Pares de Palavras II, apontando-se ligeiras dificuldades na capacidade para fixar uma sequência de localizações visuoespaciais, seguida da sua reprodução na ordem direta e inversa, assim como em assimilar, recordar e manipular nova informação apresentada oral ou visualmente, no imediato (evocação a curto prazo) ou passado um determinado período e após várias apresentações dos estímulos (evocação diferida). No subteste Pares de Palavras II, os resultados podem justificar-se pela dificuldade em reter informação e em associar a palavra ao par correspondente, mesmo após múltiplas exposições de informação.

Destaca-se o subteste Faces I, onde A. obteve uma pontuação inferior, o que demonstra dificuldade no domínio da memória visual imediata. No que respeita aos resultados complementares, apontam-se fragilidades no que concerne à reprodução de memória de desenhos geométricos e à reprodução visual dos mesmos (subteste Reprodução Visual I e II, respetivamente), assim como na tarefa de reconhecimento, onde demonstrou dificuldades ao confirmar se cada um dos 48 desenhos apresentados correspondia a algum dos 5 que lhe tinham sido pedidos para fixar anteriormente – percentagem de retenção. No resultado do controlo mental constatam-se valores de nível inferior, justificados pela velocidade de processamento e, por consequência, pelo tempo de resposta.

Atendendo à história de A. e ao processo de avaliação neuropsicológica formal realizado, evidencia-se a presença de sintomatologia ansiosa moderada, em harmonia com a informação recolhida. Ao nível das funções cognitivas, o baixo desempenho de A. no ACE-III traduz-se em défices significativos na memória e na fluência verbal, acrescentando-se, do resultado de outros testes, o comprometimento na velocidade de processamento, atenção, flexibilidade mental e cognitiva, bem como na aritmética. Atendendo a que um diagnóstico não se baseia simplesmente na interpretação agregada de múltiplos testes psicológicos, salienta-se que cruzando estes resultados com os restantes dados obtidos, podemos postular que nos encontramos perante uma utente com prejuízo em distintos domínios cognitivos. Considerando estes factos e tendo em conta o estado ansiogénico pronunciado e a pesquisa efetuada no DSM-5 para concretização diagnóstica, entende-se que A., na esfera das perturbações de ansiedade, apresenta um quadro fenomenológico típico de Perturbação de Ansiedade Generalizada – 300.02 (F41.1), caracterizada como (Anexo *):

- Ansiedade e preocupação excessivas na maioria dos dias durante, pelo menos, seis meses, com diversos eventos ou atividades (Critério A), sendo a preocupação difícil de controlar (Critério B).
- A ansiedade e preocupação associam-se com três ou mais dos sintomas do critério C, na situação da utente: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele (C1), tensão muscular (C5) e perturbação do sono (C6), causando sofrimento clínico significativo ou prejuízo no funcionamento em áreas importantes (Critério D) (American Psychiatric Association, 2014).

Desta forma, compreende-se que A. apresenta esta sintomatologia e que nas consultas transpareceu, repetidamente, preocupação excessiva com circunstâncias da rotina diária (e.g. atraso para compromissos), associada a sintomas somáticos (náuseas e diarreia) e à citação de “sempre fui assim” (sic), embora tenham existido períodos de remissão.

Em razão dos défices cognitivos patenteados no processo de avaliação, entende-se o enquadramento destes na proptia de uma Perturbação Neurocognitiva Leve/Minor, ou seja, de Défice Cognitivo Ligeiro. Assim, e segundo os critérios diagnósticos do DSM-5 (Anexo *), esta

perturbação manifesta-se clinicamente através de evidências de declínio cognitivo reduzido, num ou mais domínios cognitivos (função executiva, atenção e linguagem), tendo por base a preocupação da utente ou do clínico de que ocorreu declínio significativo na função cognitiva (A1) e prejuízo reduzido no desempenho cognitivo, documentado por teste neuropsicológico padronizado (A2). Estes défices cognitivos não interferem na capacidade de A. ser independente nas atividades quotidianas (Critério B), não ocorrendo exclusivamente no contexto de delírio (Critério C) e não se explicando por outra perturbação mental (Critério D). Quanto ao subtipo de Perturbação que se encontra presente, esta poderá dever-se a infeção por VIH – 331.83 (G31.84), não se verificando perturbação comportamental clinicamente significativa (American Psychiatric Association, 2014).

Concetualização do Caso Clínico

De modo a favorecer a compreensão das problemáticas em causa e respetivo quadro clínico da utente, é fundamental explorar a influência de variáveis contextuais e a sua interação no funcionamento de A. em vários domínios, para possibilitar a concretização da análise concetual.

Refletindo acerca da história pessoal da utente, e em termos do padrão de funcionamento global, somos induzidos a afirmar que a presença da ansiedade se deve a traços de personalidade e a um conjunto de experiências vivenciadas ao longo da vida, manifestando-se através de sintomas psicológicos como alterações do ciclo sono-vigília, tensão interior e irritabilidade, bem como de sintomas físicos, envolvendo alterações no trânsito intestinal, tonturas e cefaleias.

A variação cultural na expressão da Perturbação de Ansiedade Generalizada é considerável, pois em algumas culturas os sintomas somáticos predominam na manifestação da perturbação, enquanto noutras tendem a predominar os sintomas cognitivos (American Psychiatric Association, 2014), no caso de A. são os primeiros que prevalecem neste âmbito. Além disso, a comorbilidade com perturbações neurocognitivas é menos comum (American Psychiatric Association, 2014). Contudo, estudos demonstraram prejuízos cognitivos no funcionamento executivo e na memória episódica verbal, tanto na recordação de informações episódicas como na recordação livre, especificamente na aquisição e codificação da informação, em Perturbações de Ansiedade (Airaksinen et al., 2005; Castaneda et al., 2008), parecendo que o prejuízo na memória recente e semântica se encontra na avaliação realizada à utente (ACE-III), não se reconhecendo se se refere à aquisição e/ou codificação da informação, pois em contrapartida no AVLT e na WMS-III essas dificuldades não predominam. Neste entendimento, os défices cognitivos apresentados não parecem associar-se ou justificar-se pela Perturbação de Ansiedade, excluindo-se esta hipótese.

Quanto a outros vetores significativos para o funcionamento atual da utente, e abordando o VIH, assinala-se que este é transmitido pelo contacto de fluídos corporais infetados (Deeks et al., 2015). O vírus ataca e destrói progressivamente o sistema imunológico e o agente infeccioso mais comum é o VIH -1 (Lezak et al., 2012). Como referido anteriormente, a utente obteve conhecimento de ser portadora deste aquando do diagnóstico efetuado ao seu marido, já em fase terminal, o que lhe causou preocupação, exacerbando a sintomatologia ansiosa.

A literatura tem vindo a debruçar-se na temática do VIH e nas repercussões da infeção a vários níveis. O VIH induz à disfunção do Sistema Nervoso Central, que geralmente resulta em alterações motoras, comportamentais e cognitivas denominadas de distúrbios neurocognitivos associados (Antinori et al., 2007). Devido ao padrão de sintomatologia inicial incluir um espectro amplo de défices neurocognitivos e outras disfunções, é importante a realização de uma avaliação neuropsicológica no início do curso da doença para se estabelecer uma linha de base, visando compreender-se concretamente as fragilidades e os efeitos em causa, e, posteriormente, ser possível a monitorização de sequelas cognitivas (Robertson et al., 2009), sendo, por isso, reconhecida como o *gold standard*, crucial para o diagnóstico precoce e tratamento (Antinori et al., 2007). Este é um dos aspetos em falta no caso concreto, que permitiria obter um padrão comparativo.

A prevalência e severidade da Perturbação Neurocognitiva associada ao VIH tem evoluído positivamente e a demência é rara, atualmente. Todavia, as manifestações mais leves desta perturbação têm sido predominantes (Perdices, 2017), como a perturbação neurocognitiva, que usualmente progride para comprometimento neurocognitivo assintomático e, de seguida, evolui para Perturbação Neurocognitiva Leve (Antinori et al., 2007), sendo esta a mais comum no VIH (Sacktor et al., 2015; Woods et al., 2009). Os domínios cognitivos prejudicados em indivíduos com Perturbação Neurocognitiva Leve relacionados a uma infeção viral como o VIH incluem atenção, aprendizagem, memória, concentração e processamento mental (Heaton et al., 2010; Kanmogne et al., 2020). Acrescenta-se que o VIH se associa a comprometimento que envolve prejuízo na memória de trabalho verbal e visual (Cohen et al., 2018; Robertson et al., 2009; Woods et al., 2009) e na memória episódica, sendo que neste domínio o padrão de défices é consistente com codificação e recuperação (Morgan et al., 2009). Face ao desempenho de A. na memória de trabalho visual, verificam-se dificuldades na capacidade de codificar e armazenar a informação, nomeadamente no subteste faces I da WMS-III. Também apresentou prejuízo nas funções da memória de trabalho verbal, no índice da WAIS-III, mas o mesmo não se sucede com a memória de trabalho verbal e visual da WMS-III e respetivo índice. Adicionalmente, relatos de um declínio funcional leve respeitam, por exemplo, a dificuldades de memória para eventos recentes (recordar nomes de pessoas) e resolução de

problemas (Antinori et al., 2007), apurando-se que o mesmo sucede com a utente, seguindo-se o entendimento de que o comprometimento é frequentemente associado ao VIH (Heaton et al., 2010; Lawler et al., 2011).

Considerando os aspetos mencionados, A. encontra-se a realizar terapia farmacológica, desde o início do acompanhamento na consulta de infeciologia no Hospital. Neste domínio, é reconhecida a elevada eficácia do tratamento do VIH através da terapia antirretroviral combinada, que visa a supressão viral praticamente completa da replicação do VIH, permitindo uma recuperação da função imunológica, reduzindo consideravelmente a carga viral, quase eliminando o risco de desenvolver a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (transmitida pelo VIH) e aumentando a qualidade de vida, prolongando substancialmente a longevidade (Deeks et al., 2015; Lezak et al., 2012; Woods et al., 2009), tornando-se o VIH uma doença crónica controlável (Cole et al., 2007; Gates & Cysique, 2016).

Adicionalmente, e apesar de os estudos referirem a raridade da presença de disfunções neurocognitivas moderadas a graves (Robertson et al., 2009), pode haver progressão clínica para perturbação neurocognitiva mais grave, na presença de fatores de risco para deterioração do comprometimento, como a hipercolesterolemia (Sacktor et al., 2015). Este aspeto poderá ocorrer com A. e a potencial progressão dos sintomas causa preocupação, devendo ser alvo de intervenção.

Ao explorar o contexto da utente e ao fornecer uma abordagem integrativa para o entendimento e tratamento de alterações na saúde, por meio de uma perspetiva biopsicossocial aprimorada (Wright et al., 2019), é relevante abordar o desenvolvimento e a manutenção da problemática, possibilitando uma compreensão longitudinal. Para isso evoca-se o Modelo dos 3P's, acentuando-se que o fator precipitante ou evento de vida que se entende ter despoletado toda a situação e contribuído, nessa sequência, para o estado de funcionamento atual, foi a comunicação do diagnóstico do VIH ao seu marido que resultou no falecimento deste, assim como o próprio diagnóstico da utente. A perda do companheiro, reconhecida como uma experiência dolorosa afetou A., que se viu obrigada a adaptar a uma nova realidade, particularmente pelo facto de os seus filhos terem ficado exclusivamente a seu cargo. Por sua vez, os fatores que contribuíram para exacerbar a vivência da experiência da perda e que colocaram A. em risco (fatores predisponentes ou contribuintes) remetem aos traços de personalidade ansiosa ou fatores disposicionais, igualáveis ao estado de humor, aos fatores de *stress* aliados a acontecimentos significativos e fracos mecanismos de gestão emocional, assim como as patologias clínicas e, não menos importante, o facto de a utente não se envolver frequentemente em atividades que requerem o uso de capacidades cognitivas superiores repercute-se numa progressão ativa no declínio cognitivo. Quanto aos fatores de manutenção, que prolongam ou mantêm as problemáticas, apontam-se a terapia farmacológica que

controla a progressão da doença e a sintomatologia ansiosa, sendo interpretada pela utente como “isto é normal, eu sou assim” (sic), a baixa motivação no envolvimento frequente em atividades que promovam a utilização de domínios cognitivos de ordem superior, as alterações de sono e a presença de pensamentos negativos e crenças irracionais. No que respeita a fatores de risco, a par do sugerido pela literatura, indivíduos com baixa reserva cognitiva são mais propensos a comprometimento neurocognitivo, pela capacidade reduzida de recorrer à remediação cognitiva para utilização de estratégias compensatórias, o que poderá ter contribuído para o declínio atual de A., não sendo neste contexto um fator de manutenção das disfunções relacionadas ao VIH (Morgan et al., 2012).

Pese embora o referido, não podemos descurar a elevada importância dos fatores protetores que A. apresenta, sendo estes o suporte sociofamiliar e a facilidade da utente em estabelecer relação com pares, nomeadamente com as colegas de trabalho, bem como a sua independência, todas as atividades em que se encontra envolvida e a rotina ativa e estruturada que assume diariamente. Apesar de haver um prejuízo reduzido no funcionamento neurocognitivo, a utente demonstra funcionalidade global e o VIH encontra-se sob controlo, pelo que importa atentar a estes aspetos.

No seguimento do processo de avaliação neuropsicológica, procedeu-se à elaboração do relatório final de avaliação (Anexo *), com a finalidade de responder ao pedido formulado.

Plano de Intervenção (Neuro)Psicológica

Logo após a elaboração do relatório final de avaliação, foi agendada consulta, a 28 de julho de 2022, para devolução dos resultados de avaliação à utente e para esclarecimento de dúvidas.

A avaliação neuropsicológica, por si só, não determina a apresentação de alguma lesão orgânica nem permite identificar com precisão o local da mesma. Porém, fornece informações acerca da função cognitiva deteriorada e seu substrato biológico, o que em conjunto com outras ferramentas de diagnóstico, como exames de neuroimagem, possibilita uma interpretação e associação precisa (Del Brutto et al., 2021; Kessels & Hendriks, 2016) dos défices neurocognitivos com os sinais neuropatológicos, aumentando a compreensão das bases neurais do prejuízo nos domínios cognitivos associados ao VIH e a validade neurobiológica (Gates & Cysique, 2016), desempenhando um papel fundamental no diagnóstico e no estabelecimento de um plano terapêutico apropriado (Ardila & Ostrosky, 2012; Cordeiro et al., 2021).

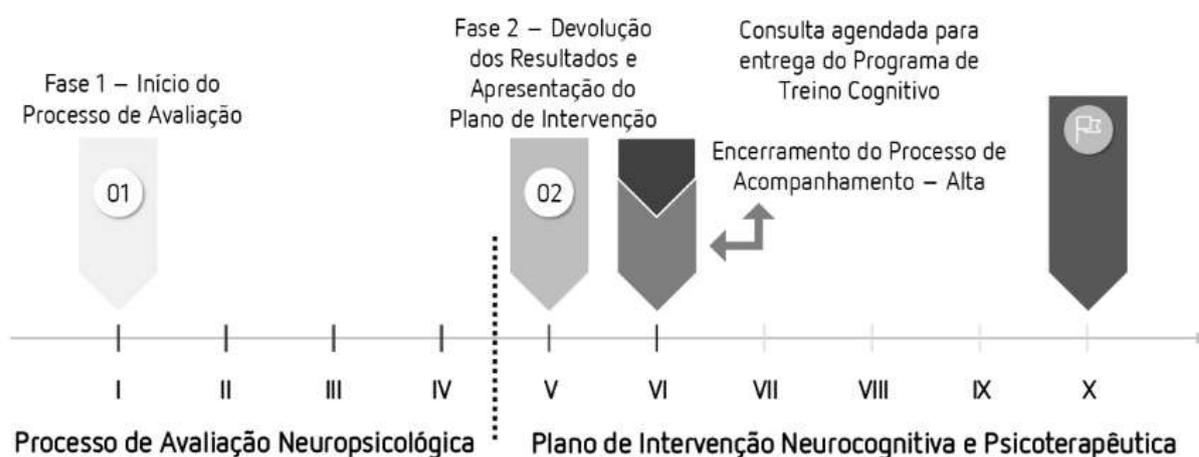
Visto que os resultados alcançados comprovam défices nos domínios cognitivos que têm tendência a agravar e a presença de psicopatologia relevante, entendeu-se que seria benéfico para a utente usufruir de acompanhamento na entidade hospitalar, porque, em princípio, a intervenção na fase inicial do comprometimento pode alcançar a remissão ou, pelo menos, impedir a progressão

(Woods et al., 2009). Em razão disso, procedeu-se à análise da problemática e delineou-se um plano de tratamento adaptado aos défices e fragilidades apresentados, que poderia ser sujeito às adaptações necessárias, consoante o *feedback* da utente. Este plano baseia-se em intervenção psicoterapêutica para o tratamento da Ansiedade, bem como num Programa de Reabilitação Neurocognitiva – Treino Cognitivo, pretendendo-se, em conjunto com A., identificar as dificuldades e desafios que a ansiedade lhe impõe diariamente, tal como os défices neurocognitivos e definir objetivos que poderiam ser continuamente ajustados às circunstâncias. Perante o discurso de ausência de disponibilidade de A. ao longo das consultas de avaliação, tencionava-se implementá-lo brevemente, motivo pelo qual se tentou sensibilizar a utente para essa mais-valia e respetivos efeitos benéficos no funcionamento cognitivo e emocional (Christopher & MacDonald, 2005). Contudo, não apresentou disponibilidade, alegando entender ser irrelevante e “uma perda de tempo” (sic), acrescentando que não poderia deslocar-se frequentemente ao Hospital. Assim, dadas as circunstâncias, uma vez que o programa de treino cognitivo de papel e lápis se encontrava preparado propositadamente para A., indicou-se que este poderia ser entregue para que o pudesse realizar no domicílio. A utente rapidamente concordou com a solução, demonstrando ser a mais adequada para si, no momento, tendo-se procedido ao agendamento de uma consulta para entrega do programa.

Apresenta-se, na figura 3, o esquema do processo de avaliação e o plano de intervenção formulado, dividido nas duas componentes interventivas, que será brevemente analisado de seguida.

Figura 4

Esquemática do Processo de Avaliação e Intervenção Neurocognitiva e Psicoterapêutica de A.



Intervenção Neurocognitiva

A intervenção neurocognitiva se for adequadamente planeada possibilita a otimização do funcionamento cognitivo e a redução da ansiedade face às dificuldades e falhas cognitivas em indivíduos com comprometimento ligeiro (Belleville, 2008). Isto porque indivíduos com défice

cognitivo ligeiro possuem, na mesma, capacidade para preservar e aprimorar funções cognitivas e de adquirir novos conhecimentos (Eckroth-Bucher & Siberski, 2009). Por isso, as intervenções não farmacológicas podem ser fundamentais para prevenir ou retardar a progressão do declínio e a incapacidade funcional (Li et al., 2011). O treino cognitivo insere-se no âmbito destas intervenções e abrange uma prática guiada de um conjunto de tarefas padronizadas equivalentes às da vida diária, com a finalidade de melhorar défices cognitivos específicos (Tsantali et al., 2017). Assim, e em conformidade com as alterações cognitivas verificadas na avaliação realizada, considerou-se a importância de atender e intervir nestas fragilidades, tendo sido elaborado um programa de treino cognitivo, intitulado *Treina'Mente* (Anexo *), que corresponde a uma intervenção estruturada, composta por 18 exercícios de papel e lápis, com foco em potenciar o funcionamento cognitivo da utente. Cada exercício apresenta 5 níveis adaptados ao desempenho individual de A. e a dificuldade das tarefas aumenta à medida que o nível avança. Tentou-se, na medida do possível, desenvolver exercícios ecologicamente válidos, que previssem problemas da vida quotidiana (Belleville, 2008).

O programa foi idealizado para ser implementado presencialmente, com periodicidade semanal ou quinzenal, em 6 sessões de cerca de 60 minutos. Dispunha de uma certa flexibilidade para adaptação, de acordo com as necessidades e dificuldades detetadas ou evidenciadas. Ao ser realizado em sessões individuais permitia direcionar o treino, promover a motivação e reconhecer o esforço da utente (Moro et al., 2015). O objetivo principal da conceção e implementação deste programa centrava-se na promoção da potencialização ou melhoria das capacidades ao nível cognitivo que se encontram diminuídas, assim como a manutenção das funções incólumes. Apontase que o desejável seria avaliar a utente após a aplicação parcial ou total do programa (Ardila & Ostrosky, 2012), para compreensão da eficácia do mesmo. Contudo, tal não foi possível devido à recusa de realização da intervenção, compreendendo-se que não se conseguiria executar a reabilitação como pretendido. À vista disso, o programa foi-lhe entregue, assim como o contacto eletrónico para esclarecimento de dúvidas, se necessário, uma vez que não foram impressas, propositadamente, as soluções das tarefas, apelando, na medida do possível, à motivação de A. para a sua realização. De seguida, foi dada alta à utente da UniPsi.

Intervenção Psicoterapêutica

Como referido, pretendia-se, a par da intervenção neurocognitiva, implementar um programa de intervenção psicoterapêutica exequível face às características de A..

A ansiedade é interpretada como um fenómeno biopsicossocial, pelo que um plano de tratamento eficaz requer terapia farmacológica ajustada e psicoterapia apropriada à perturbação.

Deste modo, o protocolo terapêutico para o tratamento da ansiedade encontra-se no Anexo * e foi concebido com recurso às estratégias preconizadas pela TCC, enquanto abordagem que dispõe de amplas evidências para as perturbações de ansiedade (Clark, 2009; Hans & Hiller, 2013).

As TCC centram-se no pressuposto de que os pensamentos desadaptativos e os comportamentos disfuncionais podem ser cognitivamente modificados, resultando numa melhoria dos sintomas apresentados (Kaczurkin & Foa, 2015). Têm uma intervenção temporal limitada, contrariamente a outras abordagens, entre seis e 30 sessões estruturadas (Beck, 2021; Dobson & Dobson, 2017; Sá & Baptista, 2018). Considerando-se a ausência de motivação de A., estabeleceu-se um número de sessões reduzido. Objetivava-se atuar ao longo em seis sessões, podendo este número ser estendido ou encurtado no decorrer do programa, porque a intervenção é um processo contínuo de evolução e as necessidades da utente, bem como as idiosincrasias, as características do quadro médico-clínico e da gravidade da perturbação assim o poderiam exigir (Maia et al., 2009).

Visava-se uma intervenção precisa, fornecendo à utente estratégias para lidar com situações ansiogénicas e para redução ou controlo de sintomatologia (Clark, 2009). Na primeira sessão previa-se a devolução dos resultados da avaliação e a introdução ao processo de intervenção a ser implementado, com a explicação geral dos objetivos das sessões e auscultação dos aspetos que A. gostaria de trabalhar, definindo-se, em conjunto, metas a alcançar. Salientava-se, ainda, a importância do comprometimento e assiduidade para alcance de ganhos terapêuticos.

Nas sessões seguintes, e tendo sido selecionada a TCC como a estrutura conceitual de trabalho, das várias estratégias que esta terapia propõe, seriam adotadas, nomeadamente: 1. Psicoeducação, que consiste na transmissão de informação, sendo que na situação de A. seria relativa à doença, para auxiliar no *insight* da problemática e compreensão da sintomatologia (Clark, 2009), bem como de hábitos e estilos de vida saudáveis (e.g. reforço da prática de hidroginástica e da realização de caminhadas), que auxiliam na gestão do *stress* e ansiedade (Sá & Baptista, 2018); 2. Identificação e avaliação de intrusões ou pensamentos automáticos negativos que resultam em perceções irrealistas (Frank & Swaine, 2018), que são mantidas pela própria utente e enviesam a sua visão, originando interpretações disfuncionais, respostas comportamentais desadaptativas e reações emocionais adversas (Clark, 2009; Sá & Baptista, 2018); 3. Tarefas de casa, que consistem na realização de exercícios solicitados entre sessões para reforçar a informação apreendida, oferecendo oportunidades à utente para assimilar conteúdos (e.g. monitorização do estado psicoemocional, de episódios ou sintomatologia ansiosa, de medos específicos e de pensamentos automáticos – Anexo X a X, respetivamente). Pretendia-se providenciar a atribuição gradual de tarefas, promovendo a motivação da utente pela exemplificação da realização dos exercícios; 4. Reestruturação cognitiva,

reformulando e corrigindo as crenças, os pensamentos automáticos e as cognições disfuncionais, repercutindo-se na alteração de comportamentos desadaptativos (Sá & Baptista, 2018). Através do questionamento, A. seria desafiada a avaliar as suas crenças distorcidas (Clark, 2009), para as modificar (Stejskal, 2018). Esta técnica permite a compreensão de que as emoções e os comportamentos são influenciados pela perceção dos acontecimentos (Beck, 2021); 5. Resolução de problemas, através da identificação e implementação de estratégias e soluções para lidar com as situações adversas que possam eventualmente surgir (Beck, 2021; Sá & Baptista, 2018); 6. Exercícios de relaxamento (e.g. relaxamento muscular progressivo de Jacobson) que atenuam a ansiedade.

No início de cada uma das sessões tencionava-se proceder à monitorização do registo da sintomatologia, recorrendo ao termómetro emocional. Por sua vez, no decurso da intervenção, seria solicitado à utente o registo de acontecimentos (Anexo *) e de preocupações (Anexo *) que contribuía para a ansiedade. Seria entregue a A. um folheto informativo para a adoção de estratégias a utilizar na redução dos sintomas e na diminuição da frequência de episódios ansiosos (Anexo *) e material psicoeducativo sobre como relaxar e treinar a respiração (Anexo *).

Por fim, na sexta sessão, pretendia-se elaborar uma breve revisão das aprendizagens adquiridas e solicitava-se a reflexão e partilha dos progressos alcançados, definindo objetivos a longo prazo. De seguida, alertava-se a utente para possíveis retrocessos, apresentando estratégias alternativas e prevenindo recaídas, auxiliando na consolidação dos ganhos terapêuticos obtidos durante a intervenção. A. seria desafiada a continuar a terapia, mas de forma autónoma, visando prosseguir na aplicação das estratégias transmitidas. Também se pretendia proceder à avaliação quantitativa pós-intervenção, para avaliar a efetividade do programa. Propunha-se a realização de uma sessão de um *follow-up*, entre três e seis meses após o término da intervenção, para auscultação da sintomatologia. Posteriormente, seria dada alta da UniPsi.

Reflexão Crítica do Caso Clínico

O primeiro contacto e a aliança terapêutica desde logo criada com a utente não me fariam prever o desfecho do caso, descrito como extremamente desafiante pelas características inflexíveis de A. e pela sintomatologia ansiosa muito proeminente, que me suscitou dúvidas se conseguiria auxiliá-la de alguma forma, a participar no processo e a alcançar progressos terapêuticos.

Face às idiosincrasias vincadas de A. e à impossibilidade de concretização da intervenção idealizada pela ausência de motivação no envolvimento no processo, por considerar não existirem vantagens para si própria, nem qualquer objetivo a atingir, entendo que a sua implementação seria uma mais-valia na redução dos défices, da sintomatologia e no desenvolvimento das estratégias

para mitigar as dificuldades, que eram reconhecidas pela utente como uma área problemática, mas por si descredibilizadas. Isto ocorreria, provavelmente, pela tomada de consciência por parte da utente de que eventualmente não estaria assim tão mal, aliando a este facto as características e os fatores protetores do processo de adoecer que se encontravam presentes, como ser uma pessoa totalmente autónoma e independente, assumir uma rotina ativa e estruturada, ter uma rede de suporte sociofamiliar e a facilidade de estabelecer relação com pares. Compreendendo-se, deste modo, a própria perceção da sua situação e respetiva decisão no que respeita à intervenção.

Ciente da imprevisibilidade de execução dos planos inicialmente delineados, apercebi-me da relutância à mudança de A. e que é fundamental reconhecer que o trabalho realizado se circunscreve às necessidades prementes dos utentes, e, acima de tudo, à sua motivação, pois são estes os agentes de mudança, que detêm um papel ativo no processo, primordial para alcançar melhorias. Esta situação auxiliou-me a compreender que o que releva é o interesse do utente.

Apesar do referido, este caso foi bastante enriquecedor e contribuiu para fomentar a minha reflexão e aprendizagem. Ao observar retrospectivamente o trabalho que se conseguiu desenvolver junto da utente, considero que foi positivo ter contribuído para a consciencialização dos seus défices, tendo efetuado a entrega do documento de treino cognitivo para realização em contexto domiciliário, na expectativa de que auxiliaria A., evitando a progressão do declínio cognitivo diagnosticado.

Capítulo V

Reflexão Final

No devir de um percurso académico, é da responsabilidade do aluno construir o seu caminho enquanto futuro profissional, onde vão sendo plantadas sementes e mais tarde se recolhem os frutos. Chegada à reta final deste caminho e deste relatório, importa refletir e tecer algumas considerações.

Tendo em conta a importância da capacidade de autoanálise quanto ao trabalho desenvolvido e olhando com algum distanciamento o período decorrido, destaco que a observação participante foi imprescindível para a minha integração na UniPsi e para compreender a amplitude da atuação de um Psicólogo numa entidade hospitalar. O facto de no final de cada consulta observada ter tido espaço para reflexão conjunta com o profissional acerca do caso e dos sentimentos vividos naquele período foi extremamente positivo e essencial para o meu processo de aprendizagem contínua, por me ter sido permitido esclarecer as minhas dúvidas e partilhar os meus receios e dificuldades. Estes aspetos foram compreendidos por parte dos profissionais e interpretados como expectáveis, sendo transmitido conforto e confiança para a posterior realização e exercício de atividade autónoma. No que respeita à visita domiciliária, realço o contexto habitacional de alguns utentes, onde fui

confrontada com condições deploráveis, que me sensibilizaram particularmente e me obrigaram a uma elevada gestão emocional.

A minha atuação tanto nos casos individuais que me foram distribuídos como na intervenção em grupo, imbuída de extrema atenção para as informações transmitidas pelos utentes, muitas das vezes através de linguagem não-verbal, e para os detalhes que pudessem acrescentar algum aspeto pertinente para além de dar resposta ao solicitado, constituiu o meu principal foco. Incidir exclusivamente sobre a informação constante do pedido formulado não seria o correto, porque muitos dos utentes apresentam queixas subjacentes relevantes e que mereceram exploração. Por isso, observar um utente, cingindo-me à aplicação de testes de avaliação e, rotulá-lo com base num diagnóstico de uma avaliação formal é redutor, não devendo ser exclusivamente essa a preocupação de um profissional, e o estágio proporcionou-me esta clarificação, evitando a interferência do efeito halo no processo de intervenção. Em estrita relação a estes aspetos, entendi a importância de ser sensível à observação do utente e a aprimorar o meu olhar clínico. Ter a oportunidade de intervir em diversas faixas etárias e problemáticas variadas, ter a liberdade de recorrer a instrumentos de avaliação diversificados e conhecer outros que me foram apresentados, possibilitou um contacto amplo com a realidade e a prática clínica e foi uma mais-valia para enriquecer a experiência do estágio e fomentar progressivamente a autonomização e o espírito crítico.

Foi por intermédio da relação terapêutica criada com as crianças com quem intervimos que me apercebi da sua candura, pela forma única como despertaram o meu interesse para esta área, mas também porque a minha primeira consulta foi com uma criança, o que me marcou positivamente. No grupo do luto considero que estar envolvida em todo o processo, desde a seleção dos utentes, à organização e estruturação dos grupos, ao planeamento e agendamento das sessões, foi enriquecedor. Além disso, foi muito satisfatório ver o interesse e o empenho na realização das atividades, a forma como os utentes evoluíram e criaram laços entre si, o ambiente de entreajuda, empatia e compreensão pela partilha de experiências de perda, o que facilitou a expressão emocional. Sinto-me grata por ter contactado com utentes que muito me ensinaram e, de alguma forma, me marcaram. O reconhecimento e a satisfação pelos resultados que em conjunto conseguimos alcançar foi muito gratificante, traduzindo-se na sensação de realização e confirmação do meu propósito, dando-me alento para continuar. Esta intervenção foi das experiências mais marcantes, ensinou-me a compreender melhor os silêncios, enquanto momentos de introspeção e reflexão. Destaco que algumas das sessões, repletas de emoções fortes e de expressão de sofrimento foram desafiantes, mas de crescimento e muita aprendizagem no âmbito desta temática delicada.

Transpor os conteúdos da teoria para a prática nem sempre foi fácil, devido às idiossincrasias de cada utente. Mas combinar o conhecimento e saberes clínicos, explorando a imensidão da (neuro)psicologia e aplicá-la na prática foi um processo de construção e aprendizagem, tal como a possibilidade conferida de executar planos de intervenção de forma regular, o que nem sempre é possível no nosso sistema de saúde, pela necessidade de maximizar recursos e pela morosidade de espera no agendamento de consultas. Quanto às avaliações e aos acompanhamentos que realizei, na maioria dos casos o planeamento elaborado não foi implementado, havendo necessidade de adaptação, tendo-me apercebido que o plano que havia estruturado e delineado com recurso a técnicas ou estratégias de teorias é efetivamente relevante, mas que a relação terapêutica está em primeiro lugar, por ser impulsionadora de mudança, devendo haver investimento na mesma, tal como comprovado por uma frase direcionada para iniciantes de um dos livros de Carl Gustav Jung: *“Learn your theories as well as you can, but put them aside when you touch the miracle of the living soul”*. Por isso, acabei por compreender que seria importante adaptar-me, evitando o pendor para a rigidez ou atender exclusivamente ao plano definido, afastando sentimentos de frustração e fomentando a continuidade de procura incessante de soluções efetivas e das possibilidades de atuação.

Deparei-me com alguns obstáculos no contexto real de trabalho num hospital, sendo uma das dificuldades a escassez de espaços, ou seja, o número de profissionais que exerce funções no SPSM, mesmo que em regime rotativo, é largamente superior ao número de gabinetes disponíveis para realização das consultas, dificultando a gestão e organização ou agendamento para a utilização destes. Um outro aspeto que destaco é que o *setting* terapêutico não é, de todo, o idealizado e o abordado ao longo da formação académica, principalmente pelas questões acústicas e pelas reduzidas dimensões dos gabinetes. No contexto das consultas de internamento, destaco as dificuldades que observei em assegurar-se o *setting* adequado, pelo facto de num quarto se encontrar mais do que um utente, o que retira a necessária privacidade. Apesar disso, tentou contornar-se a situação, adaptando as condições existentes em benefício da relação terapêutica, na intervenção e, conseqüentemente, na prestação de cuidados. Acresce que a indisponibilidade de instrumentos de avaliação acarreta custos para a instituição, sendo necessário requisitar no IUCS os instrumentos de avaliação, compostos por material específico.

Embora tenha sido depositada total confiança pelos profissionais que me acompanharam, este percurso, extremamente desafiante, pautado por elevada autoexigência e insegurança de poder não corresponder ao que seria expectável de uma estagiária, fez-me, muitas das vezes, refletir se estaria à altura das solicitações e desafios constantes que iam ocorrendo, impelindo à realização de um trabalho pessoal em constante adaptação. O ritmo acelerado de trabalho e o elevado fluxo aportou-

me a um envolvimento rigoroso, desafiador da minha capacidade de adaptação, resiliência e superação. O suporte e apoio, tanto da orientadora, como da supervisora e dos docentes foi imprescindível, fomentando a minha perseverança e dedicação para evoluir, contribuindo para aumentar o meu conhecimento e desenvolver todas as atividades descritas neste relatório.

Segui a minha intuição face às circunstâncias com que me deparei, percebendo que não se deve considerar apenas as competências e o conhecimento de um profissional, mas também os seus valores e as suas atitudes, que são primordiais para a prática clínica.

Este período, verdadeiramente exigente e de imersiva aprendizagem, providenciou o desenvolvimento de técnicas relacionadas com o estabelecimento da relação terapêutica, auxiliando-me a consolidar, aprimorar, avigorar e desenvolver as minhas competências técnico-científicas e clínicas. Foi um processo contínuo de procura de conhecimento atualizado para enriquecimento teórico-prático e de aquisição de novas competências, pelo que sou muito grata pela diversidade de experiências deste período, tendo suplantado, largamente, as minhas expectativas.

Poderei asseverar claramente que o estágio pode ser equiparado às ondas do mar, isto é, o vai e vem, a dualidade entre o conhecido e a incerteza, o confronto e o desafio, a utopia, o inimaginável e o tangível. Pese embora tenha sido uma vivência sobejamente enriquecedora, o sentimento de missão cumprida e o caráter subjetivo desta apreciação, fica sempre a sensação de que podemos fazer ainda melhor, mas importa saber que este é um caminho que se faz caminhando...

Por todos os factos anteriormente aduzidos e por considerar que este período resulta numa experiência indescritível, entendo que esta longa, profícua, laboriosa e marcante etapa, foi um início auspicioso para aquilo que é o exercício da psicologia, providenciando-me, indubitavelmente, ferramentas para intervir, desenvolvendo competências, crescendo e evoluindo constantemente, tendo, por isso, sido preponderante para a minha construção enquanto futura profissional.

Perto do término de mais um ciclo, é tempo de o concluir, não significando isto abstração da elaboração *ad continuum* neste processo de aprendizagem imperecível. Reconhecendo que enquanto existir paixão, empenho e muita reflexão, haverá sempre um caminho *sui generis* a percorrer, para que *in multis, let's not be just one more*.

No culminar deste documento e pelo privilégio de tudo o que vivi neste período, termino com uma frase que demonstra um princípio que deve estar sempre presente em nós:

"The sum of wisdom is, that the time is never lost that is devoted to work".

Ralph Waldo Emerson, 1909, p. 277⁴⁶

⁴⁶ Emerson, R. L. (1909). *The Works of Ralph Waldo Emerson – Society and Solitude* (Fireside Edition, Vol. 7). Riverside Press.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (2018). Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 26-33). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Airaksinen, E., Larsson, M., & Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: Evidence of episodic memory dysfunction. *Journal of Psychiatric Research, 39*(2), 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.06.001>
- Alemanno, F., Houdayer, E., Parma, A., Spina, A., Del Forno, A., Scatolini, A., Angelone, S., Brugliera, L., Tettamanti, A., Beretta, L., & Iannaccone, S. (2021). COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. *PLoS ONE, 16*(2), Article e0246590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246590>
- Allen, D. N., & Becker, M. L. (2019). Clinical interviewing. In G. Goldstein, D. N. Allen & J. DeLuca. (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment* (4th ed., pp. 307-336). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802203-0.00010-9>
- Alves, J., Alves-Costa, F., Magalhães, R., Gonçalves, Ó. F., & Sampaio, A. (2014). Cognitive Stimulation for Portuguese older adults with cognitive impairment: A randomized controlled trial of efficacy, comparative duration, feasibility, and experiential relevance. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 29*(6), 503-512. <https://doi.org/10.1177/1533317514522541>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª ed.).
- American Psychological Association. (2022). *Clinical Health Psychology*. <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health>
- American Psychological Association. (2019). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Antinori, A., Arendt, G., Becker, J. T., Brew, B. J., Byrd, D. A., Cherner, M., Clifford, D. B., Cinque, P., Epstein, L. G., Goodkin, K., Gisslen, M., Grant, I., Heaton, R. K., Joseph, J., Marder, K., Marra, C. M., McArthur, J. C., Nunn, M., Price, R. W., Pulliam, L., Robertson, K. R., Sacktor, N., Valcour, V., & Wojna, V. E. (2007). Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology, 69*(18), 1789–1799. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000287431.88658.8b>

- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). Guia para el diagnóstico neuropsicológico. https://www.researchgate.net/publication/266558385_guia_para_el_diagnostico_neuropsicolologico
- Baddeley, A. (2013). Working memory and emotion: Ruminations on a Theory of Depression. *Review of General Psychology, 17*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1037/a0030029>
- Balcom, E. F., Nath, A., & Power, C. (2021). Acute and chronic neurological disorders in COVID-19: potential mechanisms of disease. *Brain, 144*(12), 3576–3588. <https://doi.org/10.1093/brain/awab302>
- Bearman, S. K., Schneiderman, R. L., & Zoloth, E. (2017). Building an evidence base for effective supervision practices: An analogue experiment of supervision to increase EBT fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(2), 293–307. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0723-8>
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Becker, J. H., Lin, J. J., Doernberg, M., Stone, K., Navis, A., Festa, J. R., & Wisnivesky, J. P. (2021). Assessment of Cognitive Function in Patients After COVID-19 Infection. *Jama Network Open, 4* (10), Article e2130645. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30645>
- Belleville, S. (2008). Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics, 20*(1), 57-66. <https://doi.org/10.1017/S104161020700631X>
- Bieliauskas, L. A., & Mark, E. (2018). Specialty Training in Clinical Neuropsychology: History and Update on Current Issues. In J. E. Morgan & J. H. Ricker (Eds.), *Textbook of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 14-21). Routledge.
- Caldeira, M. J., Baeta, É., & Peixoto, B. (2011, May 28-31). Preliminary validation of the Portuguese version of the INECO frontal screening. In Twenty-first Meeting of the European Neurological Society [Symposium]. *Journal of Neurology, 258* (Supl 1), S71. <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6026-9>
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment, 27*(4), 258-264. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B. S. I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (1.ª ed., Vol. II, pp. 95-109). Sistemas Humanos e Organizacionais.

- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders, 106*(1-2), 1–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.006>
- Cavaco, S, Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(2), 189-198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2015). Auditory Verbal Learning Test in a Large Nonclinical Portuguese Population. *Applied Neuropsychology: Adult, 22*(5), 321-331. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.927767>
- Chasman, J. (2018). Cognitive Reserve. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 866-867). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Christopher, G., & MacDonald, J. (2005). The impact of clinical depression on working memory. *Cognitive Neuropsychiatry, 10*(5), 379-399. <https://doi.org/10.1080/13546800444000128>
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Felicetti, T., Giacino, J. T., Harley, J. P., Harrington, D. E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L., & Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*(12), 1596-1615. <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal, 14*(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Clark, D. M. (2009). Cognitive behaviour therapy for anxiety disorders. In M. G. Gelder, N. C. Andreasen, J. J. López-Ibor, & J. R. Geddes (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2nd ed., Vol. 2, pp. 1285-1298). Oxford University Press.
- Cohen, R. A., Siegel, S., Gullett, J. M., Porges, E., Woods, A. J., Huang, H., Zhu, Y., Tashima, K., & Ding, M. Z. (2018). Neural response to working memory demand predicts neurocognitive deficits in HIV. *Journal of NeuroVirology, 24*(3), 291–304. <https://doi.org/10.1007/s13365-017-0607-z>
- Cole, M. A., Margolick, J. B., Cox, C., Li, X., Selnes, O. A., Martin, E. M., Becker, J. T., Aronow, H. A., Cohen, B., Sacktor, N., & Miller, E. N. (2007). Longitudinally preserved psychomotor performance in long-term asymptomatic HIV-infected individuals. *Neurology, 69*(24), 2213–2220. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000277520.94788.82>

- Conners, C. K., Rzepa, S. R., Pitkanen, J., & Mears, S. (2018). Conners 3rd Edition. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 921-925). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Cordeiro, C. R., Rodrigues, C. L., & Côrte-Real, B. (2021). Diagnóstico. In P. T. Martins, B. Côrte-Real, C. R. Cordeiro, C. L. Rodrigues, E. R. Fernandes, I. D. Silva, L. N. Castanheira, & R. Saraiva (Eds.), *Depressão e Ansiedade* (1.ª ed., pp. 2-14). Lidel.
- Costas-Carrera, A., Sánchez-Rodríguez, M. M., Cañizares, S., Ojeda, A., Martín-Villalba, I., Primé-Tous, M., Rodríguez-Rey, M. A., Segú, X., Valdesoiro-Pulido, F., Borrás, R., Peri, J. P., & Vieta, E. (2022). Neuropsychological functioning in post-ICU patients after severe COVID-19 infection: The role of cognitive reserve. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, *21*, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100425>
- Crivelli, L., Calandri, I., Corvalán, N., Carello, M. A., Keller, G., Martínez, C., Arruabarrena, M., & Allegri, R. (2022). Cognitive consequences of COVID-19: results of a cohort study from South America. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *80*(3), 240-247. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0320>
- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P., & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinicalMedicine*, *38*. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>
- Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Natural Reviews Disease Primers*, *1*(15035). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.35>
- Del Brutto, O. H., Wu, S., Mera, R. M., Costa, A. F., Recalde, B. Y., & Issa, N. P. (2021). Cognitive decline among individuals with history of mild symptomatic SARS-CoV-2 infection: A longitudinal prospective study nested to a population cohort. *European Journal of Neurology*, *28*(10), 3245-3253. <https://doi.org/10.1111/ene.14775>
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, *24*(6), 935-942.
- Delgado-Alonso, C., Valles-Salgado, M., Delgado-Álvarez, A., Yus, M., Gómez-Ruiz, N., Jorquera, M., Polidura, C., Gil, M. J., Marcos, A., Matías-Guiu, J., & Matías-Guiu, J. A. (2022). Cognitive dysfunction associated with COVID-19: A comprehensive neuropsychological study. *Journal of Psychiatric Research*, *150*, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.033>
- Demyttenaere, K., & Haddad, P. (2000). Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(403), 50-56. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2000.tb10948.x>

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. <https://doi.org/10.1017/s0033291700048017>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2017). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Eckroth-Bucker, M., & Siberski, J. (2009). Preserving Cognition Through an Integrated Cognitive Stimulation and Training Program. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(3), 234-245. <https://doi.org/10.1177/1533317509332624>
- Executive Committee of Division 40 of the American Psychological Association. (1989). Definition of a Clinical Neuropsychologist. *The Clinical Neuropsychologist*, 3(1), 22. <https://doi.org/10.1080/13854048908404071>
- Faria Anjos, J., Heitor dos Santos, M. J., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-David Resilience Scale: Validation study in a portuguese sample. *British Medical Journal: Open*, 9(6), Article e026836. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026836>
- Foldi, N. S., Vila-Castelar, C., Gammada, E., Borod, J. C., & Bender, H. A. (2018). Auditory Verbal Learning. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 420-424). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frank, R. G., & Swaine, Z. N. (2018). Major Depression. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 2068-2074). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- 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*, 9(3), 345-357.
- Gates, T. M., & Cysique, L. A. (2016). The chronicity of HIV Infection should drive the research strategy of Neuro HIV Treatment studies: A critical review. *CNS Drugs*, 30(1), 53-69. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0302-7>

- Goldstein, G., Allen, D. N., & DeLuca, J. (2019). Adult comprehensive neuropsychological assessment. In G. Goldstein, D. N. Allen & J. DeLuca (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment* (4th ed., pp. 227-273). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802203-0.00008-0>
- Gonsalvez, C. J., & Crowe, T. P. (2014). Evaluation of psychology practitioner competence in clinical supervision. *American Journal of Psychotherapy*, *68*(2), 177-193. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.177>
- González, S. F., Lapedriza, N. P., & Unturbe, F. M. (2003). El papel de la neuropsicología en la formación del psicólogo. *EduPsykhé. Revista De Psicología Y Psicopedagogía*, *2*(1), 67-80. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v2i1.3738>
- Gorgens, K. A. (2018). Clinical Interview. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 806-807). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>
- Heaton, R. K., Clifford, D. B., Franklin, D. R., Jr., Woods, S. P., Ake, C., Vaida, F., Ellis, R. J., Letendre, S. L., Marcotte, T. D., Atkinson, J. H., Rivera-Mindt, M., Vigil, O. R., Taylor, M. J., Collier, A. C., Marra, C. M., Gelman, B. B., McArthur, J. C., Morgello, S., Simpson, D. M., McCutchan, J. A., Abramson, I., Gamst, A., Fennema-Notestine, C., Jernigan, T. L., Wong, J., & Grant, I. (2010). HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*, *75*(23), 2087–2096. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318200d727>
- Hill, N. L., Kolanowski, A. M., & Gill, D. J. (2011). Plasticity in early Alzheimer's Disease: An opportunity for intervention. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, *27*(4), 257-267. <https://doi.org/10.1097/TGR.0b013e31821e588e>
- Kaczurkin, A. N. & Foa, E. B. (2015) Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 337-346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- Kanmogne, G. D., Fonsah, J. Y., Umlauf, A., Moul, J., Doh, R. F., Kengne, A. M., Tang, B., Tagny, C. T., Nchindap, E., Kenmogne, L., Franklin, D., Njamnshi, D. M., Mbanya, D., Njamnshi, A. K., & Heaton, R. K. (2020). Attention/working memory, learning and memory in adult cameroonians: Normative data, effects of HIV infection and Viral Genotype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *26*(6), 607–623. <https://doi.org/10.1017/S1355617720000120>

- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & van Zandvoort, M. (2012). *Clinical Neuropsychology* [Klinische neuropsychologie]. Boom Publishers Amsterdam.
- Kessels, R. P. C., & Hendriks, M. P. H. (2016). Neuropsychological Assessment. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., pp. 197-201). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-397045-9.00136-1>
- Kosmidis, M. H., Lettner, S., Hokkanen, L., Barbosa, F., Persson, B. A., Baker, G., Kasten, E., Ponchel, A., Mondini, S., Varako, N., Nikolai, T., Jónsdóttir, M. K., Pranckeviciene, A., Hessen, E., & Constantinou, M. (2022). Core competencies in Clinical Neuropsychology as a training model in Europe. *Frontiers in Psychology, 13*(849151), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.849151>
- Krogh, J., Benros, M. E., Jørgensen, M. B., Vesterager, L., Elfving, B., Nordentoft, M. (2013). The association between depressive symptoms, cognitive function, and inflammation in major depression. *Brain, Behavior, and Immunity, 35*. 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.08.014>
- Laatsch, L. (2002). Neuropsychological Assessment. In M. Hersen, & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (2nd ed., Vol. 2, pp. 223-228). Academic Press.
- Lawler, K., Jeremiah, K., Mosepele, M., Ratcliffe, S. J., Cherry, C., Seloilwe, E., & Steenhoff, A. P. (2011). Neurobehavioral effects in HIV-positive individuals receiving highly active antiretroviral therapy (HAART) in Gaborone, Botswana. *PLoS ONE, 6*(2), Article e17233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017233>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Li, H., Li, J., Li, N., Li, B., Wang, P., & Zhou, T. (2011). Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 10*(2), 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.11.003>
- 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), 127-136.
- Madureira, S., Moleiro, C., Verdelho, A., & Guerreiro, M. (2007). Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). In M. R. Simões, I. Santana, Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (2.ª ed., pp. 111-114). Novartis.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: Estudos de Casos e Instrumentos* (1.ª Ed.). Lidel.

- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, *626*(1), 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.08.046>
- Mazza, M. G., Palladini, M., De Lorenzo, R., Magnaghi, C., Poletti, S., Furlan, R., Ciceri, F., The COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study Group, Rovere-Querini, P., & Francesco, B. (2021). Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. *Brain, Behavior, and Immunity*, *94*, 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.02.021>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-mental State Examination. *Sinapse*, *9*(2), 10-16.
- Morgan, E. E., Woods, S. P., Smith, C., Weber, E., Scott, J. C., Grant, I., & The HIV Neurobehavioral Research Program (HNRP) Group. (2012). Lower cognitive reserve among individuals with Syndromic HIV-Associated neurocognitive disorders (HAND). *AIDS and Behavior*, *16*(8), 2279-2285. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0229-7>
- Morgan, E. E., Woods, S. P., Weber, E., Dawson, M. S., Carey, C. L., Moran, L. M., & Grant, I. (2009). HIV-Associated episodic memory impairment: Evidence of a possible differential deficit in source memory for complex visual stimuli. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *21*(2), 189–198. <https://doi.org/10.1176/jnp.2009.21.2.189>
- Moro, V., Condoleo, M. T., Valbusa, V., Broggio, E., Moretto, G., & Gambina, G. (2015). Cognitive stimulation of executive functions in mild cognitive Impairment: Specific efficacy and impact in memory. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, *30*(2), 153-164. <https://doi.org/10.1177/1533317514539542>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Depression in adults: treatment and management – National Institute for Health and Care Excellence: NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations>
- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, *46*(2), 101-112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *A Situação da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/sit_psic_sns.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018a). *Orientações para as Especialidades: Processo Regular*. Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa_oes_especialidades_psicologia_clainica_e_da_saaode_regular.pdf

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018b). *Orientações para as Especialidades: Processo Regular*. Neuropsicologia. Lisboa.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa_aoes_especialidades_neuropsicologia_regular.pdf
- Page, A. C., Stritzke, W. G. K., & McLean, N. J. (2008). Toward science-informed supervision of clinical case formulation: A training model and supervision method. *Australian Psychologist*, *43*(2), 88–95. <https://doi.org/10.1080/00050060801994156>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde* (2.ª ed.). Placebo Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(1), 245–263.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, *14*(4), 589–599. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3834>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Perdices, M. (2017). Other populations seen for rehabilitation: HIV. In B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook* (1st ed., pp. 149–152). Routledge.
- Pinto, C., Remondes-Costa, S., & Rocha, J. (2019). *Crescimento Após a Perda: Construção e Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação*. [Tese de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro- UTAD.
- Pompili, M., Venturini, P., Palermo, M., Stefani, H., Seretti, M. E., Lamis, D. A., Serafini, G., Amore, M., & Girardi, P. (2013). Mood disorders medications: predictors of nonadherence – review of the current literature. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(7), 809–825. <https://doi.org/10.1586/14737175.2013.811976>
- Rey, A. (2002). *Teste de cópia de figuras complexas* (M. Rocha & M. Coelho, Trad.; 2.ª ed.). CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 1959)
- Robertson, K., Liner, J. & Heaton, R. (2009). Neuropsychological assessment of HIV-infected populations in international settings. *Neuropsychology Review*, *19*(2), 232–249. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9096-z>
- Robinson, G. A., & Radakovic, R. (2021). Neuropsychological Assessment. In S. D. Sala (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience* (2nd ed., Vol. 2, pp. 342–349). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819641-0.00113-4>

- Sá, I. (2019). Terapia Cognitiva. Em T. M. Baptista & D. D. Neto (Eds.), *Dicionário da Psicologia* (1.ª ed., pp. 103-104). Edições Sílabo.
- Sá, I., & Baptista, T. M. (2018). Terapias Cognitivo-Comportamentais. Em I. Leal (Ed.) *Psicoterapias* (1.ª ed., pp. 151-167). Pactor.
- Sacktor, N., Skolasky, R. L., Seaberg, E., Munro, C., Becker, J. T., Martin, E., Ragin, A., Levine, A., & Miller, E. (2015). Prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology*, *86*(4), 334–340. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000002277>
- Simões, M. R. (2019). Avaliação Psicológica. Em T. M. Baptista & D. D. Neto (Eds.), *Dicionário da Psicologia* (1.ª ed., pp. 75-76). Edições Sílabo.
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia. (2022, dezembro 22). *Neuropsicologia*. <https://spnpsy.org/neuropsicologia/>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An Integrative Neuropsychological Approach*. Guilford Press.
- Solmi, M., Miola, A., Croatto, G., Pigato, G., Favaro, A., Fornaro, M., Berk, M., Smith, L., Quevedo, J., Maes, M., Correll, C. U., & Carvalho, A. F. (2021). How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Brazilian Journal Psychiatry*, *43*(2), 189-202. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0935>
- Stejskal, T. M. (2018). Cognitive Behavioral Therapy. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2nd ed., pp. 845-848). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9>
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, *47*(10), 2015-2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Stern, Y. (2013). Cognitive reserve: Implications for assessment and intervention. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *65*(2), 49-54. <https://doi.org/10.1159/000353443>
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreend, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Taube-Schiff, M., & Lau, M. A. (2008). Major Depressive Disorder. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds.), *Psychological, Assessment, Case Conceptualization, and Treatment: Vol. 1. Adults* (1st ed., pp. 319-351). John Wiley & Sons.

- Tavares-Júnior, J. W. L., Souza, A. C. C., Borges, J. W. P., Oliveira, D. N., Siqueira-Neto, J. I., Sobreira-Neto, M. A., & Braga-Neto, P. (2022). COVID-19 associated cognitive impairment: A systematic review. *Cortex*, 152, 77-97. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2022.04.006>
- Teixeira, J. A. C. (2003). Psicologia da saúde em Portugal: Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20(2), 165-170. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6526>
- Tomasoni, D., Bai, F., Castoldi, R., Barbanotti, D., Falcinella, C., Mulè, G., Mondatore, D., Tavelli, A., Vegni, E., Marchetti, G., & d'Arminio Monforte, A. (2020). Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: A cross-sectional study in Milan, Italy. *Journal of Medical Virology*, 93(2), 1175-1179. <https://doi.org/10.1002/jmv.26459>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde – Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 20(2), 171-174. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6523>
- Tsantali, E., & Economidis, D. (2014). Implications of a longitudinal Cognitive Intervention Program in mild Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.12.004>
- Tsantali, E., Economidis, D., & Rigopoulou, S. (2017). Testing the benefits of Cognitive Training vs. Cognitive Stimulation in mild Alzheimer's disease: A randomised controlled trial. *Brain Impairment*, 18(2), 188-196. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2017.6>
- van den Borst, B., Peters, J. B., Brink, M., Schoon, Y., Bleeker-Rovers, C. P., Schers, H., van Hees, H. W. H., van Helvoort, H., van den Boogaard, M., van der Hoeven, H., Reijers, M. H., Prokop, M., Vercoulen, J., & van den Heuvel, M. (2020). Comprehensive health assessment 3 months after recovery from acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases*, 73(5), 1089-1098. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1750>
- Vanderlind, W. H., Rabinovitz, B. B., Miao, I. Y., Oberlin, L. E., Bueno-Castellano, C., Fridman, C., Jaywant, A., & Kanellopoulos, D. (2021). A systematic review of neuropsychological and psychiatric sequelae of COVID-19: implications for treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 420-433. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000713>
- Vieira, R., Rocha, J. C., Gonçalves, A. R., Magalhães, A., & Soares, J. (2020). *Validação da Escala de Culpabilidade no Luto: População Portuguesa* [Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde – IUCS, CESPU]. Repositório CESPU. https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3618/MPSN_D_23492_rosanavieira.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family and Community Medicine*, 12(2), 63-70.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410123/>
- Wechsler, D. (2008). *WAIS – III, Escala de Inteligência para Adultos – Terceira Edição; Manual Técnico* (H. Barreto, & A. R. Moreira, Trad.; 3.ª ed.). CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 1997)
- Wechsler, D. (2008). *WMS – III, Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição; Manual de Administração e Cotação* (H. Barreto, & A. R. Moreira, Trad.; 3.ª ed.). CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 1997)
- Wilson, B. A. (2003). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice* (1st ed.). Swets & Zeitlinger. <https://doi.org/10.1201/b16986>
- Wilson, B. A., Winegardner, J., van Heugten, C. M., & Ownsworth T. (2017). *Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook*. Routledge.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., Roberts, L. W. (2020). *Learning Supportive Psychotherapy: An Illustrated Guide* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Woo, M. S., Malsy, J., Pöttgen, J., Zai, S. S., Ufer, F., Hadjilaou, A., Schmiedel, S., Addo, M. M., Gerloff, C., Heesen, C., Wiesch, J. S. Z., & Friese, M. A. (2020). Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Communications*, 2(2).
<https://doi.org/10.1093/braincomms/fcaa205>
- Woods, S. P., Moore, D. J., Weber, E., & Grant, I. (2009). Cognitive Neuropsychology of HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychology Review*, 19(2), 152-168.
<https://doi.org/10.1007/s11065-009-9102-5>
- Wright, C. D., Tiani, A. G., Billingsley, A. L., Steinman, S. A., Larkin, K. T., & McNell, D. W. (2019). A framework for understanding the role of psychological processes in disease development, Maintenance, and Treatment: The 3P-Disease Model. *Hypothesis and Theory*, 10(2498).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02498>
- Ziauddeen, N., Gurdasani, D., O'Hara, M. E., Hastie, C., Roderick, P., Yao, G., & Alwan, N. A. (2022). Characteristics of Long Covid: Findings from an online survey. *PLoS ONE*, 17(3), Article e0264331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264331>
- Zhou, H., Lu, S., Chen, J., Wei, N., Wang, D., Lyu, H., Shi, C., & Hu, S. (2020). The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 98-102.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.022>

