

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

A PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO HOSPITALAR

(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Especialização
em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Vera Mónica Ferrão Lopes – N° 20141074

ORIENTADOR: Professora Doutora Rute Brites
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Julho de 2015

”Vivo sempre no presente. O futuro, não o conheço. O passado, já não o tenho.”

(Fernando Pessoa, 1984)

Agradecimentos

O estágio acadêmico, foi, sem dúvida, uma das experiências mais enriquecedoras no âmbito da minha formação acadêmica. Assim sendo, ao longo desta importante etapa tive o auxílio de inúmeras pessoas que me ajudaram a alcançar os meus objetivos, e, sobretudo a concretizar mais uma etapa relevante deste meu percurso acadêmico.

Desta forma, aos que me acompanharam durante este percurso agradeço o apoio e a ajuda facultada.

Não posso deixar de agradecer à minha família pela ajuda, pelas palavras de encorajamento e pela confiança depositada em mim.

À Dra. Fátima Lourenço, pelo rigor e competência, exigência imposta, disponibilidade e acompanhamento e supervisão de todo o trabalho desenvolvido no estágio.

À Professora Doutora Rute Brites, pelo apoio incondicional, orientação, organização e disponibilidade ao longo destes meses, que permitiram a concretização deste relatório.

Às minhas colegas de estágio, um obrigado pela amizade, cumplicidade e partilha de experiências.

Por fim, aos inúmeros professores do Departamento de Psicologia que ao longo deste percurso acadêmico têm sido uma importante referência.

A todos os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

O presente relatório enquadra-se no trabalho final a ser apresentado para conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio foi realizado num Centro Hospitalar, no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental onde está inserida a unidade de Psicologia. O seu principal objetivo é: melhorar a qualidade de vida dos seus utentes.

Sendo um período de aprendizagem, o estágio possibilitou o contato direto com o contexto profissional, a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica e provocou a reflexão sobre a prática desenvolvida. Por sua vez, estabeleceu-se como uma importante fonte de aprendizagem e de desenvolvimento de competências técnicas.

Assim, neste relatório apresentamos o trabalho desenvolvido na área da Psicologia Clínica, ao mesmo tempo que, fazemos uma correspondência com a literatura para explicar as problemáticas mais evidentes na população-alvo, durante o período de estágio. Em geral, os acompanhamentos e avaliações apresentam distintas problemáticas e o pedido também provém de várias especialidades e por diversos motivos.

No âmbito do trabalho realizado será também apresentado um caso clínico, o qual contempla uma síntese do acompanhamento realizado, uma discussão clínica e uma reflexão pessoal acerca do mesmo. Será também apresentada uma avaliação psicológica, que inclui os instrumentos utilizados, os resultados e por sua vez, uma discussão clínica e uma reflexão pessoal acerca do mesmo.

Palavras - Chave: Psicologia Clínica, Aconselhamento Psicológico; Avaliação Psicológica

Abstract

The present report frames as the final work to be presented at the end of the Masters degree in Clinical Psychology and Counseling, attended at Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). The internship was performed in a Hospital Center, at the Psychiatry and Mental Health Department where the Psychology Unit is inserted whose main purpose is to improve the life quality of its patients.

Being a learning period, the internship allowed a direct contact with the professional environment, the application of knowledge acquired during our academic education and inducing a thorough reflection about the practice developed. On the other hand, it established an important source of learning and opportunity to improve technical skills.

So, in this report is presented the work developed in Clinical Psychology and matching it, at the same time, with the correct literature to explain the most evident problematics of the target population during this process. In general, follow-ups and evaluations are distinct issues and the application also comes from various specialties and for various reasons.

This same work will also present a clinical case, which includes a summary of the monitoring carried out of a clinical discussion and personal reflection about the same. It will also be a psychological evaluation, which includes the instruments used, the results and in turn, a clinical discussion and a personal reflection about the same.

Key words: Clinical Psychology; Psychological Counseling; Psychological Evaluation

Índice

Parte I - Introdução	1
1.Enquadramento Teórico.....	8
1.1. Problemáticas Psicológicas.....	8
1.1.1.Depressão	8
1.1.2. Doença de Alzheimer.....	12
1.2. Abordagens Psicológicas e Formas de Intervenção.....	17
1.2.1. Psicologia Clínica e da Saúde	17
1.2.2. Entrevista psicológica	21
1.2.3. Avaliação psicológica	24
1.2.3.1. W.A.I.S. (Weschler Adults Intelligence Scale)	25
1.2.3.2. Escala de Memória de Wechsler – E.M.W.....	27
1.2.3.3. Figura Complexa de Rey	27
1.2.3.4. Matrizes Progressivas de Raven – PM38.....	28
1.2.3.5. Mini-Mult.....	29
1.2.3.6. Teste de Rorschach	30
1.2.2.7. S.C.L. 90-R – Symptom Checklist.....	31
1.2.3.8. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	33
1.2.3.9. Mini Mental State Examination (MMSE).....	35
1.2.3.10. Teste do Desenho do Relógio	36
1.2.4. Terapia Cognitiva Comportamental.....	38
1.2.5. Acompanhamento psicológico.....	40
Parte II – Atividades desenvolvidas no estágio	44
2. Trabalho de Estágio – Intervenções Psicológicas ou Reuniões Clínicas.....	46
2.1. Trabalho de estágio – Avaliação psicológica.....	48
2.2. Trabalho de Estágio - Acompanhamento Psicológico	51
Apresentação dos casos clínicos	53

Descrição do Caso Clínico “S”	54
Descrição do caso clínico “M.”	75
3. Reflexão Global	87
4. Considerações finais	88
Referências Bibliográficas	89

Índice de Anexos

Anexo I - Cronograma das atividades do mês de Fevereiro

Anexo II - Cronograma das atividades do mês de Março

Anexo III - Cronograma das atividades do mês de Abril

Anexo IV - Cronograma das atividades do mês de Maio

Anexo V - Cronograma das atividades do mês de Junho

Anexo VI - Cronograma das atividades do mês de Julho

Anexo VII - Organograma Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Anexo VIII - Sessões Clínicas

Anexo IX - Relatório de Avaliação Psicológica do caso “M”

Anexo X - Genograma do caso “S”

Anexo XI - Genograma do caso “M”

Parte I - Introdução

Este relatório de estágio é parte integrante do trabalho necessário para a especialização na área da Psicologia Clínica e do Aconselhamento do Mestrado em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL).

O presente Mestrado apresenta duas vertentes (mista e profissionalizante), permitindo ao aluno optar. Deste modo, ingressei na vertente profissionalizante, que inclui um estágio académico. Assim decidi, pois, esta opção possibilita ao aluno experienciar a área profissional onde o psicólogo atua, tomar consciência acerca das atitudes e valores desta profissão, assim como, a possibilidade de me permitir aplicar os conhecimentos teóricos num contexto real.

O estágio realizou-se num Centro Hospitalar, na margem sul do Tejo. Este Centro Hospitalar é uma Instituição Pública que desenvolve um trabalho no âmbito de 30 especialidades clínicas, facultando apoio ao nível do Internamento, Consulta externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e certificando a maioria dos Meios Complementares de Diagnóstico e a terapêutica que daí sucede. O estágio iniciou-se em Fevereiro de 2015 tendo terminado em Julho de 2015, com um total de 753 horas, realizadas durante 6 meses.

O Centro Hospitalar nasceu a 1 de Novembro de 2009.¹ Possuindo uma área de influência que abrange os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Assim, a instituição assiste uma população de cerca de 213 mil habitantes, segundo o Censo de 2011.

¹ Através do Decreto-Lei nº280/2009, da fusão do Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

O Centro Hospitalar tem como missão primordial a prestação de cuidados de saúde de forma diferenciada a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, fornecendo o cumprimento à definição de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas. Direciona toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis, procurando, simultaneamente, prosseguir e implementar metodologias de gestão que permitam a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição (Chbm, s.d.).

A assistência psiquiátrica às populações do Barreiro e Montijo surge na década de sessenta, prestada por uma equipa móvel do Hospital Miguel Bombarda; só a 2 de Março de 1989 é instituído o Centro de Saúde Mental do Barreiro/Montijo. Funcionava no Hospital mas dependia hierarquicamente do Ministério da Saúde. Inicialmente o Centro era composto pela equipa Barreiro, Moita e Montijo, que prestavam cuidados de saúde Mental numa vertente comunitária no Hospital Distrital do Montijo e no Hospital do Barreiro. Neste último, davam também apoio a todos os outros serviços através da Psiquiatria de Ligação e do serviço de urgência Psiquiátrica.

Em 1992 os Centros de Saúde Mental acabam por perder autonomia e são extintos por decreto ministerial. Assim, o Centro de Saúde Mental do Barreiro/Montijo depende administrativamente do Hospital com a designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este fato não veio, na altura, alterar o espaço físico e a continuidade dos cuidados de saúde prestados, mantendo-se as três equipas em funcionamento.

Em Março de 2004, a Unidade de Pedopsiquiatria deixa de pertencer ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, e é integrada do serviço de Pediatria. O departamento de Psiquiatria e Saúde Mental divide-se nos serviços de Psiquiatria; Unidade de Psicologia; Internamento e Unidade de Urgência Psiquiátrica.

Atualmente os profissionais que compõem o Departamento são:

- 6 Psiquiatras;
- 8 Internos de psiquiatria;
- 1 Psicóloga Clínica, coordenadora da Psicologia de Adultos;
- 2 Psicólogas Clínicas;
- 2 Psicólogos clínicos estagiários da Ordem;
- 3 Estagiárias do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica;
- 1 Terapeuta Ocupacional;
- 19 Enfermeiros;
- 6 Auxiliares de Ação Médica;
- 4 Funcionários Administrativos;
- 1 Técnica Superior de Serviço Social;

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental dispõe, atualmente dos seguintes serviços:

- Consulta externa de Psiquiatria;
- Internamento (24 camas): Para utentes com mais de 18 anos;

- Consulta de Triagem – feita pelos psiquiatras dando resposta aos pedidos médicos dos centros de saúde das zonas abrangentes pelo Hospital, sendo nestas consultas que se decide se o doente em questão será acompanhado no Departamento, encaminhado para outro local ou especialidade, ou se será apenas medicado e reencaminhado para o seu Médico de Família que o vai manter sob vigilância, em circulação com o psiquiatra atribuído;

- Urgência Psiquiátrica (das 8h às 20h);

- Psiquiatria de Ligação – Corresponde à assistência dada pelos Psiquiatras a pacientes inseridos em outros serviços do Hospital, que possam necessitar de apoio psicológico ou psiquiátrico;

- Consulta de Gerontopsiquiatria;

- Consulta de Psicologia – Esta consulta pode ser pedida pelo Médico de Família, pela Psiquiatria ou pelas consultas específicas protocoladas: Senologia e Oncologia. Não obstante, o apoio psicológico pode ser solicitado por qualquer especialidade do Hospital, sempre que os profissionais de saúde achem necessário. São realizadas ainda Avaliações Psicológicas a pedido dos psiquiatras e de outras especialidades;

- Gabinete de Apoio Terapêutico e Enfermagem (G.A.T.E) – Este gabinete ministra perfusões, ou seja, terapêutica intravenosa com fármacos, a pacientes com essa indicação;

- Serviço Social – Que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes do Departamento através da procura e estabelecimento das respostas sociais mais adaptadas.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, tem como fundamental objetivo o de melhorar a qualidade de vida dos seus utentes, e para isso aposta na formação contínua dos seus técnicos, desenvolve projetos de investigação e fornece ações de formação a outros profissionais, o que permite uma melhor adequação das respostas fornecidas aos utentes.

Ainda no âmbito do bom funcionamento deste Departamento são realizadas, semanalmente, reuniões clínicas, onde são discutidos casos clínicos em fase de orientação e elaboração de diagnóstico, bem como a síntese de casos em seguimento e de doentes internados. Nestas reuniões são também discutidas questões da organização e funcionamento das equipas e unidades do Departamento. São igualmente realizadas, sempre que possível, Sessões Clínicas formativas, tanto pelos técnicos que compõem o Departamento como por profissionais externos. Estas sessões visam o enriquecimento dos conhecimentos de todos os técnicos para que possam assim intervir cada vez com mais qualidade junto dos utentes.

Para além destas reuniões, existem ainda reuniões com instituições externas com as quais o Departamento tem protocolo, nomeadamente:

- Rumo (Projeto de emprego apoiado para doentes mentais);
- Persona (IPS – associação de doentes mentais com evolução prolongada);
- Misericórdias.

A população utente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é heterogénea, particularmente indivíduos que carecem de cuidados de saúde mental. A Unidade de Psicologia tem como utentes todos os indivíduos que tenham indicação para apoio psicológico, que demonstrem sofrimento psíquico real infringido por

patologia mental ou por inadaptação ao seu meio envolvente, pessoal, profissional ou relacional e que queiram ser ajudados.

A Unidade de Psicologia responde não só aos pedidos de avaliação psicológica e apoio psicológico provenientes da Psiquiatria, como aos pedidos médicos de qualquer outra especialidade do Hospital, mediante o encaminhamento devido. A consulta de Psicologia decorre diariamente, prestando apoio a doentes com mais de 18 anos. Para além dos apoios individuais, é também de destacar o apoio em grupo, nas patologias do Cancro da mama e do Luto patológico.

São ainda efetuadas avaliações psicológicas no âmbito de pedidos médico-legais dos Tribunais das Comarcas do Barreiro, Moita e Montijo.

A Unidade dá apoio também a doentes oncológicos, a doentes da consulta da Dor, a grávidas e pacientes que pretendem realizar ou realizaram IVG (interrupção voluntária da gravidez), a doentes com VIH e à consulta de Senologia, bem como a outros serviços que solicitem o apoio para os seus doentes.

É importante salientar, que o clima existente entre os técnicos de diversas especialidades deste Departamento é de entreajuda e cooperação, de forma a beneficiar sempre o bom trabalho, o bom ambiente e o mais importante, o bem-estar do paciente. Do que pude observar, também existe uma boa comunicação entre os técnicos e os pacientes e estão sempre disponíveis para dar informações e ajudar no que puderem.

A Unidade de Psicologia dispõe dos seguintes instrumentos de avaliação psicológica: Escala de Memória de Wechsler, Figura Complexa de Rey, Labirintos de Porteus, Matrizes Progressivas de Raven (PM 38), *Mini-Mental State*, *Mini-Mult*, Questionário de Avaliação Semiológica para Perturbação Pós-Stress-Traumático

(CPS), SKT (Avaliação Cognitiva Sumária da Memória e Atenção), Teste de Rorschach, Teste do Exercício Voluntário de Atenção, (Toulouse-Pieron), *Thematic Apperception Test* (T.A.T.), *The Brief Symptom Inventory* (B.S.I), Teste de Bender, Teste de Retenção Visual de Benton, W.A.I.S E e *Symptom Checklist-90* (SCL-90).

Após esta breve descrição, descrevemos a forma como estruturamos o relatório de estágio. Está organizado em duas partes: A primeira, para além da introdução anterior, descreve a função do psicólogo clínico em contexto hospitalar e aborda as temáticas que, em termos teóricos, se relacionam com o âmbito de intervenção do estágio. A segunda consiste na caracterização das atividades desenvolvidas no estágio e do trabalho elaborado, e à exposição de forma minuciosa dos casos e respetiva análise clínica, baseando-se na literatura científica. Por último, serão apresentadas uma discussão e uma conclusão do trabalho desenvolvido, onde iremos fazer referência aos obstáculos e dificuldades vivenciadas e onde serão referidas as considerações finais.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Problemáticas Psicológicas

As duas problemáticas psicológicas que escolhemos abordar são aquelas que tinham maior prevalência na unidade de Psicologia. Ao mesmo tempo, são problemáticas que sempre despertaram o nosso interesse. As problemáticas psicológicas são as patologias que escolhi para os dois casos descritos no meu relatório de estágio.

1.1.1. Depressão

A depressão é uma perturbação do humor, assinalada por uma modificação psíquica e orgânica global, com resultantes modificações na maneira de apreciar a realidade e a vida, e que leva a pessoa a uma prevalência incomum de tristeza (Mattos, & Aguirre, 2007).

De acordo com um estudo Epidemiológico Nacional de Saúde em 2013, as perturbações depressivas são umas das mais altas na população portuguesa, tendo uma prevalência de 7.9% (Carvalho, et al, 2014).

A maioria das pessoas que revelam sintomas depressivos apresentam como principais queixas, tristeza profunda, apreensão, sentimentos de culpabilidade, dificuldades em dormir, falta de apetite e também perda do interesse sexual, bem como dificuldade na execução de tarefas habituais (Beck, & Alford, 2011; Montiel, Capovila, Berberan, & Capovilla, 2005; Dunn, Dalglish, Lawrence, Cusack, & Ogilvie, 2004; Gil, & Droit-Volet, 2008; Gotlib, & Joormann, 2010; Pires, 2003; Tran, 2008).

Estes sintomas podem ser observados em diversos níveis:

- Aspeto geral, que pode ser cansado e/ou descuidado, revelando perda de peso; a pessoa não mantém o contacto visual ou não fixa um ponto, apresenta uma postura curvada e inexistência ou limitação dos movimentos voluntários (APA, 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Gleitman, Friedslung, & Gleitman, 2003)
- Afetividade, por apresentar tristeza profunda que provoca ausência de esperança “em si, no futuro e no mundo”, negativismo generalizado e anedonia (Álvarez, & Montes, 2001; APA, 2002; Beck, & Alford, 2011; Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, [SIGN], 2010).
- Cognição, através da verbalização de pensamentos pessimistas, de auto desvalorização e de sentimentos de culpabilidade em relação ao passado, avaliado com desânimo, arrependimento, e vontade de morrer como escape ao sofrimento. O pensamento pode estar lento, podendo mostrar alterações de memória e das capacidades de atenção/concentração (Álvarez, & Montes, 2001; Gleitman, Friedlung, & Reiseberg, 2003);
- Comportamento, pela lentidão e inibição motora, e pela falta de iniciativa voluntária que se expressa num estado de apatia, bem como por quadros de grande desassossego e de sobressalto (APA, 2002; Aros, & Yoshida, 2009; SIGN, 2010);
- Queixas orgânicas, com sintomatologia física relacionada com sintomas somáticos a nível gástrico, cefaleias, mudanças da função sexual, falta de peso e de apetite, fraqueza e fadiga, entre outros (Beck, & Alford, 2011; Montiel, Capovila, Berberan & Capovilla 2005).

As perturbações do humor são uma categoria diagnóstica que abrange as perturbações do humor bipolar (mania, hipomania, depressão bipolar, estados mistos e ciclotimia) e as perturbações unipolares (depressão major e distímia) (Grevet & Knijnik, 2001).

Segundo a *American Psychiatric Association*, (2014) para se diagnosticar a Perturbação Depressiva Major, têm de estar presentes os seguintes critérios:

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou do interesse.

1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso).
2. Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades diárias durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).
3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).
 8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).
 9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Estes sintomas provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional assim como em qualquer outra área relevante do funcionamento do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por Perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, Perturbação esquizomaniforme, Perturbação delirante ou Perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras Perturbações Psicóticas.
- E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Em suma, o interesse por esta temática prendeu-se com o facto de nos últimos 30 anos o crescimento da depressão ter aumentado de forma drástica, verificando-se uma maior incidência na população jovem adulta. Na atualidade, a faixa etária média para o início da depressão são aos 30 anos de idade. Contrariando assim, a ideia que esta patologia afeta sobretudo as faixas etárias mais avançadas. Porém, é importante referir que alguns autores salientam que a depressão poderá ser um

fator de risco ou até mesmo uma fase prodrômica de um quadro demencial, sendo assim imprescindível o seu diagnóstico precoce e posterior intervenção.

Posteriormente iremos abordar a outra das patologias escolhidas, no decorrer do estágio.

1.1.2. Doença de Alzheimer

Os quadros demenciais constituem um preocupante problema médico e social em desenvolvimento, ocorrendo em diversas idades, especialmente na população mais idosa (Ribeira, Ramos & Sá, 2004). O conceito de demência é um conceito clínico que engloba diversas situações patológicas (Caldas, 1999), sendo caracterizada pela perda de múltiplas capacidades mentais que ocorre como resultado de lesão cerebral (envolvendo diferentes regiões do cérebro) (Caldas, 1999; Rohkamm, 2004), e que interfere nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005). A demência consiste num grupo de degenerescências do córtex cerebral que se baseiam na perda progressiva das funções intelectuais: (i) perda da capacidade de raciocínio; (ii) perturbações das grandes funções neuropsicológicas (orientação, memória, linguagem, perturbações da percepção); (iii) alterações dos comportamentos afetivos; e (iv) inadequação comportamental ao contexto social (Habib, 2003). A Organização Mundial de Saúde define a demência como a evidência de declínio da memória e do pensamento (capacidade de raciocínio) suficientemente marcada que interfere de forma significativa nas atividades do quotidiano, podendo verificarem-se modificações nas seguintes funções: linguagem, cálculo, julgamento, pensamento abstrato, apraxias, agnosias ou personalidade (Guerreiro, 1998). Segundo Guerreiro (1998), alguns doentes com demência apresentam um comportamento desinibido, que compreende gracejos inadequados, negligência da higiene pessoal, excessiva familiaridade com

estranhos ou indiferença com as regras sociais vigentes. Os quadros demenciais podem ser classificadas de acordo com duas categorias: degenerativas e não degenerativas. As demências não degenerativas decorrem de 78 acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, entre outras patologias. Por outro lado, as demências degenerativas têm a sua gênese predominantemente cortical (como a doença de Alzheimer) e subcortical (como a doença de Huntington) (Araújo & Nicoli, 2010). Esta divisão entre demência cortical e subcortical encontra-se relacionada com a localização da lesão (Allegri, Harris & Serrano, 2001; Gorzoni & Pires, 2006).

As demências do tipo de Alzheimer apresentam quadros clínicos muito diferentes, principalmente na fase inicial da doença. Existem seis tipos de perturbações: as *perturbações mnésicas*: memória do trabalho: declínio muito acentuado, memória episódica: recordação livre: queda dos desempenhos, reconhecimento: aumento acentuado dos falsos reconhecimentos e recordação indiciada: efeito muito atenuado da indicição, memória semântica: queda dos desempenhos nas tarefas de denominação de objetos, de completamento de frases ou de classificação. As *perturbações práxicas*: incapacidade de produzir um gesto a partir de uma ordem ou de um modelo, incapacidade de reproduzir um desenho e incapacidade de se vestir. Nas perturbações da linguagem falada e escrita: perda do vocabulário, perda da sintaxe e incompreensão. As *perturbações víspuoespaciais*: perda da orientação espacial e dificuldade de identificação visual (reconhecimento dos rostos e dos locais). As *perturbações das funções executivas*: perturbações do julgamento, incapacidade de reconhecer o próprio estado (perturbação da metacognição) e dificuldade em planificar o comportamento próprio. Por último, as *perturbações psicoafectivas*: mudança de personalidade, perturbações do humor,

derivações psicóticas (paranóia, delírio, etc.) e perda do sentido moral (Fontaine, 2000).

É importante salientar que os sintomas acima descritos estão mais ou menos presentes, conforme os casos, apesar de tudo, verifica-se o aspeto global do quadro clínico. (Fontaine, 2000).

Segundo Reisberg et al (1982), existem sete tipos de estádios da doença de Alzheimer: ausência de declínio cognitivo, declínio cognitivo muito ligeiro, declínio cognitivo ligeiro, declínio cognitivo médio, declínio cognitivo medianamente grave, declínio cognitivo grave e declínio cognitivo muito grave. Esta doença é progressiva, ou seja, ao longo do tempo o doente vai atravessando estes sete estádios, que são diferentes de pessoa para pessoa (citado por Fontaine, 2000).

O *estádio ausência de declínio cognitivo* é considerado em fase clínica de normal, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: ausência de queixas mnésicas e de perturbações objetivas. O *estádio declínio cognitivo muito ligeiro* é considerado em fase clínica de perda de memória, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: queixa de mnésica centrada nos nomes próprios e locais sem ligação com os testes de memória. A pessoa continua a estar adaptada socialmente. O *estádio declínio cognitivo ligeiro* é considerado em fase clínica de início do estado de confusão, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: os défices mnésicos tornam-se objetivos relativamente aos testes de memória. A pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária. O paciente adota uma atitude de negação. A família toma consciência da gravidade da situação. O *estádio declínio cognitivo médio* é considerado em fase clínica de estado de confusão grave, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: O estado do paciente manifesta-se claramente na consulta clínica. A perda de autonomia é patente. A capacidade de aprendizagem

declina fortemente. A pessoa sofre de «buracos» mnésicos na sua história pessoal. Apesar de tudo, reconhece os rostos e locais familiares. A negação torna-se permanente. O *estádio de declínio cognitivo medianamente grave* é considerado em fase clínica de início do estado demencial, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: A pessoa deixa de estar apta para viver sozinha. Não está orientada no espaço, nem no tempo. Só reconhece o nome das pessoas mais próximas. Continua a ser capaz de comer e de se lavar, mas manifesta apraxias graves, em especial ao vestir-se. O *estádio de declínio cognitivo grave* é considerado em fase clínica de estado demencial médio, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: Deixa de ser autónoma. A pessoa torna-se incontinente e deixa de comer. A memória é parcelar e a inteligência declina gravemente. O reconhecimento dos familiares é episódico. A personalidade altera, aparecem ilusões, obsessões, ansiedade e flutuações do humor. O *estádio de declínio cognitivo muito grave* é considerado em fase clínica de estado demência profunda, sendo que o doente apresenta os seguintes sintomas: Perda da linguagem, os comportamentos tornam-se todos incoerentes e a perda da autonomia é total (citado por Fontaine, 2000).

Atualmente, com o lançamento do DSM-5 as demências passaram a estar inseridas na categoria “Perturbações Neurocognitivas”. Dentro desta classificação há as perturbações Neurocognitivas leves e major. A perturbação Neurocognitiva major, corresponde à condição referida no DSM-IV como demência (American Psychiatric Association, 2014; Araújo & Neto, 2013).

A característica principal das Perturbações Neurocognitivas é um declínio cognitivo adquirido em um ou mais domínios (Critério A), com base em 1) uma preocupação com a cognição por parte do indivíduo, um informante conhecedor ou o clínico e 2) desempenho em alguma avaliação objetiva que fica aquém do nível

esperado ou com declínio observado ao longo do tempo (American Psychiatric Association. 2014).

Indivíduos que sofrem de Perturbação Neurocognitiva Major, terão prejuízo, com gravidade suficiente, para interferir na sua capacidade de autonomia, a ponto de outros terem de assumir tarefas que antes eles conseguiam realizar por conta própria. Já os indivíduos que sofrem de Perturbação Neurocognitiva leve, terão a independência preservada, embora possa haver alguma interferência no funcionamento ou relato de que as tarefas exigem mais esforço ou mais tempo que antes (American Psychiatric Association. 2014).

No entanto é de salientar, que o termo demência é mantido na quinta edição do Manual, como uma questão de continuidade, podendo ser utilizado em contextos em que os médicos e os pacientes estejam habituados ao mesmo. Embora a demência seja o termo mais utilizado para perturbações como as demências degenerativas (que normalmente afetam adultos de maior idade, como é o caso da doença de Alzheimer), o termo perturbação neurocognitiva é extremamente utilizado, sendo em geral, o termo preferido para condições que afetam indivíduos mais jovens, como o prejuízo secundário e lesão cerebral traumática ou a infeção pelo HIV (American Psychiatric Association. 2014).

Por último, destaco que o interesse por esta temática prendeu-se com o facto de a demência ser uma patologia crónica, de início insidioso, provocando um declínio irreversível em inúmeras funções cognitivas. Assim, torna-se imprescindível uma adequada deteção precoce da patologia para o delineamento de um posterior plano de intervenção adequado.

Iremos agora referir as abordagens psicológicas e as formas de intervenção utilizadas no estágio.

1.2. Abordagens Psicológicas e Formas de Intervenção

1.2.1. Psicologia Clínica e da Saúde

No Centro Hospitalar, o Psicólogo Clínico relaciona-se com várias áreas ligadas à saúde e também com todos técnicos, com o objetivo de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos utentes. É de elevada importância realçar o papel, funções e deveres do Psicólogo Clínico.

No contexto da Unidade de Psicologia de um Departamento de Psiquiatria o papel do Psicólogo está intrinsecamente ligado à prática da Psicologia Clínica, tendo como principais intervenções:

- Psicoterapia de Apoio;
- Psicoterapia de Grupo;
- Exame Psicológico: avaliação de personalidade, avaliação cognitiva, avaliação neuropsicológica e avaliação da Perturbação Pós-stress-traumático;
- Avaliação Psicológica para realização de exames médico-legais;
- Avaliação Psicológica para realização de Juntas da ADSE;
- Integração em equipas multidisciplinares;
- Dinamização e participação em ações de formação de especialidade;
- Participação nos núcleos de estudos desenvolvidos pelo departamento.

No ano de 1995, surge em Portugal, especialmente em Lisboa e Braga, uma nova área nos Serviços de Saúde Mental, a Psicologia da Saúde (Ferreira, 2009).

Esta nova área da Psicologia surge numa perspetiva essencialmente preventiva, fazendo-se uma distinção evidente entre Psicologia Clínica (saúde mental e psicopatologia) e Psicologia da Saúde (foco na doença e na sua prevenção) (Ribeiro & Leal, 1996).

A expressão “Psicologia da Saúde” tem sido, de modo progressivo, substituído pelo termo utilizado atualmente de “Psicologia Clínica da Saúde”, ao procurar encontrar um ajuste entre as duas áreas. Podemos assim dizer que a Psicologia Clínica da Saúde tem como base a promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e a prevenção, avaliação e tratamento das variadas formas de perturbação mental e física (Ferreira, 2009).

Ribeiro e Leal (1996, p. 595) definem a Psicologia Clínica da Saúde como:

A aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou distress.

A questão determinante passa assim por compreender como e em que medida os processos psicológicos podem traduzir-se em mudanças fisiológicas que aumentem ou diminuam o risco para a saúde (Baum, Revenson & Singer, 2012).

O Psicólogo Clínico não só colabora na clarificação duma situação, mas, sobretudo, ajuda a modificá-la. Passamos de seguida a mencionar os principais objetivos da psicoterapia de apoio:

(i) promover o melhor funcionamento psicológico, fortalecendo as capacidades do indivíduo para lidar com determinados aspetos da sua vida e com a adversidade;

(ii) aumentar a autoestima e tornar o indivíduo cada vez mais consciente da realidade;

(iii) prevenir eventuais recidivas;

(iv) transferir a fonte de apoio (pelo menos em parte) para a família e para a rede social de apoio (Teixeira & Leal, 1990).

Assim, a Psicologia pode desempenhar um papel crucial na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das disfunções psicológicas individuais e familiares com elas relacionadas. Isto é, a abordagem psicológica em saúde implica a consideração, em simultâneo, do sujeito, da família, dos técnicos de saúde e do suporte social (Trindade & Teixeira, 1998). Passamos de seguida a mencionar alguns exemplos da especificidade da intervenção:

(i) prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação de disfunções psicológicas em doentes físicos;

(ii) aconselhamento e troca de informações com os outros técnicos de saúde sobre aspetos psicológicos (e psicossociais) de doentes físicos, especialmente em estudos de casos individuais;

(iii) tratamento psicológico de reações psicológicas às doenças físicas (com especial incidência na experiência vivida da doença e das suas limitações);

(iv) prevenção ou tratamento de condutas desajustadas que são consequência ou parte integrante das doenças corporais;

(v) identificação e suporte de indivíduos em risco psicológico colocados perante o adoecer corporal;

(vi) aconselhamento e suporte de problemas familiares que se encontram relacionados com a doença física de um dos seus membros;

(vii) participação ativa em programas de reabilitação psicológica e psicossocial de doentes físicos (principalmente com doenças crónicas invalidantes);

(viii) investigação nas áreas de intervenção dos fatores psicológicos nas doenças corporais e, ainda, na organização e funcionamento dos serviços de saúde e o seu impacto psicológico sobre os indivíduos doentes;

(ix) estudo e implementação da modificação de comportamentos e de estilos de vida, necessários para a conservação da saúde e prevenção da doença (Teixeira & Leal, 1990).

Em suma, os principais elementos da intervenção terapêutica são a transmissão de segurança, a explicação, a sugestão, o aconselhamento, o encorajamento, a modificação de circunstâncias ambientais e a permissão para a exteriorização emocional e afetiva, aspetos estes que podem ser associados a diversas técnicas (de acordo com as especificidades individuais). A intervenção cognitiva e comportamental pode ser útil em situações específicas como são, por exemplo, o tratamento da dor crónica, a mudança de comportamentos de risco em doentes coronários, a preparação psicológica para a cirurgia e o tabagismo, entre outras (Teixeira & Leal, 1990).

A intervenção do Psicólogo Clínico em Psicologia da Saúde tem em consideração que o objeto é a experiência psicológica e a relação que o indivíduo estabelece com o seu estado de saúde ou de doença ou com acontecimentos ou

especificidades biológicas. Ou seja, trabalha com as vivências que o indivíduo experiencia, projeta ou reativa nesse momento.

O que é relevante não é o fato de o sujeito ter, por exemplo, tuberculose pulmonar ou estar a envelhecer, mas sim as formas e os motivos pelos quais lida com esses acontecimentos. Os seus principais objetivos são: *(i)* otimizar os recursos afetivos e cognitivos do indivíduo; *(ii)* adotar estratégias adequadas para a superação de crises; e *(iii)* reforçar as defesas possivelmente enfraquecidas. Concluindo, o que se pretende é que o indivíduo consiga lidar o melhor possível com a sua nova situação (Teixeira & Leal, 1990).

Em resumo, o psicólogo clínico tem diversas funções e um papel importante no contexto clínico e da saúde.

De seguida, vamos abordar as várias formas de intervenção utilizadas durante o estágio.

1.2.2. Entrevista psicológica

A entrevista psicológica é uma relação, com atributos específicos, que se cria entre duas ou mais pessoas. O determinante dessa relação reside no fato de que um dos integrantes é um psicólogo que deve atuar nesse papel, e o outro ou outros, precisam da sua intervenção técnica. Todavia, o psicólogo não só usa a entrevista para aplicar os seus conhecimentos psicológicos ao entrevistado, como também esta aplicação se gera precisamente através do seu comportamento no decorrer da entrevista (Bleger, 1987 citado por Oliveira, 2005).

A entrevista consiste numa relação humana na qual um dos integrantes deve pesquisar saber o que está a suceder e deve agir segundo esse conhecimento. A concretização dos objetivos prováveis da entrevista (investigação, diagnóstico,

orientação, entre outros) depende desse saber e da atuação e acordo com esse saber (Bleger, 1987 citado por Oliveira, 2005).

Deste modo, é uma técnica indispensável nas diversas tarefas desempenhadas pelo psicólogo. É importante referir que, a entrevista pode ser utilizada quer na área clínica, como também na área educacional e organizacional. Deste modo, a entrevista clínica é o principal instrumento de que o psicólogo dispõe, quer numa situação de avaliação, quer numa situação de terapia. O conhecimento de um indivíduo e o estabelecimento de uma relação terapêutica ocorrem, em grande parte, na entrevista que constitui a base essencial da avaliação psicológica (Martorell & González, 1997).

A entrevista desenvolve-se numa posição assimétrica entre entrevistado e entrevistador. O papel do entrevistador consiste, não só, em receber e escutar o discurso do entrevistado mas também em permitir que este se desenvolva (Pardinielli, 1999).

A entrevista clínica permite, como já referido anteriormente, obter um conjunto amplo de informações acerca de aspetos importantes da vida do paciente. Permite também, o estabelecimento de uma relação positiva entre o entrevistador e entrevistado assim como, a clarificação e compreensão dos problemas apresentados pelo paciente (Martorell, & González, 1997). Apresenta-se de acordo com a sua forma e a sua estrutura, podendo ser classificada em três tipos distintos: Entrevista estruturada, entrevista semiestruturada e entrevista não estruturada. Assim sendo, na entrevista estruturada as perguntas, as respostas fornecidas e a própria sequência de aplicação da entrevista estão predeterminadas. Neste tipo de entrevista, o psicólogo possui um questionário no qual as questões são ordenadas e hierarquizadas. Todavia, este tipo de entrevista é deficitário no que diz respeito ao estabelecimento de empatia com o entrevistado. Por outro lado, na entrevista semiestruturada o entrevistador

intervém comum conjunto de perguntas pré-definidas, todavia poderá, ao longo da entrevista, incluir questões que considere relevantes, com o intuito de clarificar determinados aspetos (Martorell, & González, 1997).

Assim, o psicólogo tem ao seu dispor um guião de entrevista que contempla questões que o mesmo considera relevantes, todavia estas perguntas não são colocadas de forma hierarquizada mas sim quando o psicólogo considerar adequado (Bénony & Chahraoui, 2002).

Por último, a entrevista não estruturada é flexível e permite a obtenção de informação mais ampla e profunda. Corresponde a uma entrevista dinâmica, todavia é-lhe atribuída menor fiabilidade pois o entrevistador corre o risco de não se centrar nos aspetos verdadeiramente relevantes da história do paciente. Este tipo de entrevista é centrada no indivíduo e como tal, não é o psicólogo que a orienta a entrevista, mas sim o entrevistado. O objetivo é que o entrevistado fale livremente de si mesmo, conduzindo o seu discurso como considerar mais pertinente. O psicólogo deverá respeitar os momentos de silêncio, as pausas e as descontinuidades no discurso. O clínico deverá somente transmitir aprovações numa atitude respeitosa, compreensiva e sobretudo empática (Bénony & Chahraoui, 2002; Oliveira, 2005).

Relativamente à sua finalidade, a entrevista pode ser classificada como entrevista de investigação, entrevista de diagnóstico e entrevista terapêutica. A entrevista de investigação tem como principal intuito o conhecimento objetivo de determinados parâmetros. Os próprios dados submetem-se a um processamento da informação que não possui repercussão direta sobre o entrevistado (existindo somente um contato fugaz entre o entrevistado e o entrevistador). A entrevista de diagnóstico pretende recolher informação biográfica do entrevistado, nomeadamente as suas competências, opiniões e atitudes. O objetivo primordial é recolher

informação suficiente para desenhar um programa de intervenção. Nesta entrevista não se pretende gerar alterações no comportamento do paciente. Assim, na entrevista de diagnóstico a posição dos interlocutores não é simétrica, uma vez que o clínico é o responsável pelo desenrolar da entrevista que deverá conduzir a um diagnóstico (Pedinielli, 1999).

Em suma, a entrevista clínica é o meio mais fidedigno que o psicólogo dispõe para recolher informação acerca do sofrimento ou dificuldades do entrevistado (Pedinielli, 1999). Cumpre um papel fundamental no desempenho das funções do psicólogo.

1.2.3. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica, é uma das especialidades do psicólogo, que deve possuir o conhecimento teórico e técnico próprio neste âmbito. Refere-se a um processo de aquisição e integração de informações importantes, em que se utiliza diversos métodos, técnicas e instrumentos, a diversos agentes ou fontes de recolha de informação, e a distintas dimensões do indivíduo avaliado (Simões, 1994).

Todavia, a avaliação psicológica é um processo incerto orientado para a produção de hipóteses acerca de um problema (reconhecer o funcionamento atual, delimitar a natureza de um estado ou condição, prever o comportamento), relativamente ao qual é essencial descobrir resposta, e onde se procura descrever as variáveis que em cada indivíduo são distintas e singulares (Simões, 1994).

De acordo com Ruiloba (1998), a avaliação psicológica deve ser vista como um processo adicional de exploração. Dispõe de uma variada série de instrumentos preciosos, mas não incontestáveis, que podem facultar dados extremamente

proveitosos para esclarecer um diagnóstico e, para o posterior tratamento. Este método proporciona, ainda, aceder às características e recursos do indivíduo.

O processo de avaliação psicológica é um processo feito em várias etapas e é limitado no tempo. A primeira etapa é, adquirir o consentimento informado do indivíduo que irá ser submetido à avaliação. De seguida, identifica-se e esclarece-se a natureza do problema ou pedido. Depois da entrevista inicial, faz-se a formulação de hipóteses referentes à origem do problema, as quais devem conter referências a fatores internos, situacionais e ambientais. De seguida, há que nomear as dimensões a avaliar e passar à escolha dos métodos e instrumentos a usar. Faz-se, então, a recolha dos dados e a sua cotação. Por fim, faz-se a interpretação dos dados obtidos, tendo sempre presente os objetivos estabelecidos no princípio de todo o processo (Simões, 1994).

Existem testes psicológicos específicos para diversas áreas de investigação psicológica do ser humano. Passo a apresentar uma breve explicação dos testes usados nas avaliações psicológicas concretizadas ao longo do estágio.

1.2.3.1. W.A.I.S. (Weschler Adults Intelligence Scale)

(Wechsler, 1970)

Esta Escala obteve a adaptação Portuguesa na sua 3ª edição, e foi realizada por técnicos do centro de formação profissional, Cegog-Tea (Feliciano & Francisca, 2011). O teste que tínhamos disponível na instituição era a 1ª edição, que ainda não estava adaptada para a população portuguesa.

A W.A.I.S. é uma escala de inteligência para adolescentes e adultos, que tem como objetivo a avaliação da inteligência geral. É formada por 11 sub-testes: 6 da escala verbal (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e

Memória Imediata de Dígitos) e 5 da escala de execução (Lacunas, Sequências, Cubos, Puzzles e Código).

Os resultados adquiridos nos sub-testes verbais possibilitam delimitar o QI verbal e os resultados dos sub-testes de execução possibilitam delimitar o QI de execução. É através destes dois indicadores que se delimita o QI total.

Esta escala, para além de ser sensível aos fatores intelectuais, é também afetada por fatores socioculturais e emocionais. O perfil executado através da análise dos diversos sub-testes possibilita confirmar as áreas de maior facilidade e de maior dificuldade dos indivíduos. Cada um dos sub-testes analisa operações mentais que podem ser sensíveis a distintas formas de perturbação.

Esta escala possibilita o cálculo do quociente de deterioração das funções cognitivas (QD), através do pressuposto de que determinados processos mentais decaem mais rapidamente do que outros com a idade. A fórmula seria $QD = (M - NM) / M \times 100$, em que M seria a soma dos testes que se preservam com a idade (Vocabulário, Informação, Reconstituição e Lacunas) e NM a soma dos sub-testes que decaem com a idade (Memória de Dígitos, Semelhanças, Código e Cubos) (Wechsler, 1970).

Cronbach (1960) observou com admiração, que são elevados e naturalmente mais elevados do que o esperado com o procedimento "teste-reteste". Os estudos de estabilidade têm indicado a existência de baixos índices de confiabilidade (Zimmerman & Woo-Sam, 1981).

No entanto, em todos esses estudos teste-reteste realizados com eles têm sido altos o suficiente para se qualificar como confiável nessa escala (Zimmerman & Woo-Sam, 1981).

1.2.3.2. Escala de Memória de Wechsler – E.M.W.

(Wechsler, 1969)

Este instrumento obteve a adaptação para a população portuguesa na 3ª edição, em 2008, e foi realizada por técnicos do centro de formação profissional, Cegog-Tea, nomeadamente, Ana Ribeiro Moreira, António Meneses Rocha, Henrique Barreto, e Magda Machado (Simões, et al., 2015).

A Escala de Memória de Wechsler (E.M.W.) é usada no exame clínico da memória, possibilitando uma avaliação rápida e sensível dessa função. Através da determinação do quociente mnésico (QM) pode-se ver o posicionamento do indivíduo face à norma da sua faixa etária e do seu género. Pode ser avaliado na totalidade (QM), ou em cada sub-teste através da comparação com a média e o desvio padrão. O QM, simultaneamente com o QI, possibilita o cálculo dos valores da deterioração mnésica (DM).

A E.M.W. é composta por 7 sub-testes (Informação Geral, Orientação Imediata, Controle Mental, Memória Lógica, Memória de Dígitos, Reprodução Visual e Associação de Palavras) que possibilitam avaliar distintas áreas da memória (Wechsler, 1969).

1.2.3.3. Figura Complexa de Rey

(Rey, 1959)

A adaptação Portuguesa foi realizada, no ano de 1988, por Rocha e Coelho (Moitinho, 2012).

O teste da Figura Complexa de Rey é usado para estudar vários aspetos: o desenvolvimento mental, o atraso nesse desenvolvimento e as perturbações na estruturação espacial que podem ser incitadas por determinadas lesões cerebrais ou

por doenças mentais. O seu principal objetivo é avaliar a capacidade percetiva e a capacidade mnésica visual.

O estudo destas capacidades é efetuado através da avaliação da estruturação grafo-percetiva do indivíduo através das suas reproduções gráficas. Numa primeira fase, o indivíduo copia a figura e depois, reproduz-a de memória.

A figura geométrica a ser esboçada tem as seguintes particularidades: ausência de significação evidente, nível de realização gráfica fácil e estrutura complexa. Assim, pede uma atividade percetiva analítica e organizadora.

Os critérios a ter em conta para a cotação da prova estão relacionados com a riqueza e qualidade dos desenhos, o tempo usado em cada um deles, e os tipos de reprodução (I, II, III, IV, V, VI, ou VII) (Rey, 1959).

Tendo em ponderação a média de idades da amostra do estudo feito para a adaptação para a população portuguesa, que para idades superiores a 15 anos, o tempo médio na execução da cópia é de 3,9 minutos, DP=1,17 minutos, enquanto a pontuação média é de 31,17, DP=3,62. Na reprodução na etapa da memória a média de pontuação, para idades superiores a 15 anos é de 18,9, DP=5,41 (Bastos, 2014).

1.2.3.4. Matrizes Progressivas de Raven – PM38 (Raven, 1981)

A adaptação Portuguesa desta prova foi realizada, em 1994, por Mário Rodrigues Simões (Almeida, 2009; Simões, et al., 2015).

As Matrizes Progressivas de Raven compõem um teste que tem como objetivo medir o desempenho intelectual geral (Factor G). É um teste não-verbal, neutro de influências de fatores socioculturais, mas influenciado por outras variáveis como o

raciocínio e a precisão perceptiva. Possibilita efetuar uma estimativa rápida do nível intelectual do sujeito (Raven, 1981).

O PM38 (forma geral das Matrizes Progressivas) é composto por 60 problemas distribuídos em 5 séries de 12 (A, B, C, D e E). O primeiro problema de cada série é o mais simples e a dificuldade vai crescendo de forma gradual de problema para problema, bem como de série para série (Raven, 1981).

As séries são mostradas na forma de caderno, cada página expõe na parte superior a matriz, à qual falta um elemento que deve ser selecionado entre as opções que se mostram na parte inferior da página. Esta escolha será baseada no raciocínio operado pelo indivíduo (Raven, 1981).

Trata-se duma prova que possibilita avaliar a capacidade do indivíduo em compreender as figuras sem significado definido (recursos perceptivos da inteligência), expondo as relações que existem entre elas, alcançando a estrutura das figuras, deduzindo analogias, mudança e alteração de padrões e outras relações lógicas (reflexão), fortalecendo, assim, um método sistemático de raciocínio (Raven, 1981).

Foram realizadas investigações orientadas para a avaliação da estabilidade dos resultados (teste-reteste, possuindo um intervalo de um mês entre as duas aplicações) e para a consistência interna, comparativamente à precisão. Encontra-se entre os mais altos até hoje sabidos (0.80 a 0.93) os resultados comparativamente aos diversos coeficientes de precisão (Simões, 1995 citado Almeida, 2009).

1.2.3.5. Mini-Mult

(Hathaway & McKinley, 1966)

A adaptação Portuguesa deste Inventário foi realizada, no ano de 1985, por Lopes(Martins, 2011).

O Mini-Mult é uma forma reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory – M.M.P.I. de 566 afirmações. É composto por 71 afirmações face às quais o indivíduo se deverá posicionar, respondendo se para ele são verdadeiras ou falsas. Estas afirmações contêm o estado físico e mental do indivíduo, as suas atitudes morais e sociais.

É uma prova de fácil aplicação (individual ou grupo) e cotação, possibilitando atingir de modo rápido e objetivo a alguns traços de personalidade do indivíduo. As características de personalidade e o perfil clínico delimitam-se pelas respostas dadas às escalas clínicas (Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatía, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Mania).

Existem também escalas que possibilitam avaliar a validade do inventário: escala L (delimita se o indivíduo falsificou os resultados tentando dar uma imagem mais favorável ou desfavorável do que a realidade); escala F (delimita a coerência intrapsíquica); e escala K (possibilita precisar os resultados das escalas clínicas) (Hathaway & Mckinley, 1966).

O instrumento demonstra uma boa consistência interna, pois o coeficiente de fidelidade para o mini-mult com 71 itens é de 0.795. As escalas hipocondria, depressão e histeria apresentam uma consistência interna baixa e revelam um alfa de Cronbach baixo (Martins, 2011).

1.2.3.6. Teste de Rorschach (Rorschach, 1921)

O Rorschach pertence à categoria dos testes projetivos. De acordo com Marques (1999), os métodos projetivos possibilitam concretizar uma investigação dinâmica e holística da personalidade, dando um contributo incalculável para o diagnóstico, bem como, para as referências da psicopatologia.

O Rorschach é um teste composto por 10 pranchas com manchas de tinta ambíguas distribuídas em torno de um eixo médio vertical. É solicitado ao indivíduo que diga o que poderia estar representado naquelas pranchas.

Trata-se de um teste que possibilita aceder às qualidades e à natureza do funcionamento mental, através de fatores como a representação de si, os mecanismos de defesa, a relação de objeto e a natureza da angústia. Face à situação, o indivíduo é incitado a um duplo pedido: percetiva a partir duma realidade material (o estímulo real do cartão apresentado); e projetiva, imaginária (objeto potencial imaginado) (Chabert, 1998).

Devido ao carácter indeterminado do material, o Rorschach vai possibilitar uma perceção em função das inquietações atuais do indivíduo.

O clínico, na sua interpretação, deve referir-se aos elementos objetivos (cotação, psicograma), mas também se deve ceder a um trabalho associativo e a avaliação será alterada, assim, numa interpretação na qual interfere a subjetividade (Chabert, 1998). Este teste possibilita retirar conclusões sobre a atividade intelectual, a dinâmica afetiva e o nível de socialização do indivíduo.

1.2.3.7. S.C.L. 90-R – Symptom Checklist

(Derogatis, Rickels & Rock, 1976)

A adaptação Portuguesa deste Inventário foi realizada, no ano de 1993, por Baptista (Fernandes, et al., 2005; Martins, 2011).

O S.C.L. 90-R é um inventário de 90 itens que tem como objetivo a autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional. Os 90 itens relativos a este questionário são cotados e interpretados em 9 dimensões de sintomas: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. O inventário possibilita adquirir, três índices globais: Índice Geral de Sintomas, Número de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos. Aplica-se à população adulta e adolescentes a partir dos 13 anos de idade (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

O formato de respostas do S.C.L. 90-R corresponde a uma escala de tipo Likert de 5 pontos (0- Nunca; 1- Pouco; 2 – Moderadamente; 3- Bastante; 4- Extremamente), na qual o indivíduo revela o nível de angústia que sente comparativamente aos distintos itens (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

A interpretação dos resultados é feita a partir de uma folha de perfil, onde são registados os valores adquiridos. De seguida, somam-se os valores de cada dimensão sendo o resultado dividido pelo número de itens que integram cada uma das dimensões. Para os itens adicionais, transporta-se os valores adquiridos em cada um dos itens e alcança-se o total (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

Por meio deste teste adquire-se alguma informação exclusiva, porque o sujeito se sente diretamente envolvido no processo avaliativo. Todavia, há que referenciar que possui algumas limitações, passando fundamentalmente pela dimensão do questionário, pelo tempo elevado de aplicação que é essencial e, embora seja útil na avaliação de sintomas, não é considerado um meio de diagnóstico (Derogatis, Rickels & Rock, 1976).

Em relação às características psicométricas, o SCL-90-R possui uma boa consistência interna, apresentando níveis de consistência interna calculados pelo alfa de Cronbach, que variam entre 0.84 (Sensibilidade Interpessoal) e 0.90 (depressão) (Degoratis & Lazarus, 1994, citado por Soares, 2007).

O procedimento de teste-reteste, que permitiu calcular a estabilidade temporal num intervalo de uma semana, demonstrou valores de correlação que se alteraram entre 0,80 (Hostilidade) e 0,90 (Ansiedade) (Degoratis & Lazarus, 1994, citado por Martins, 2011).

O questionário foi adaptado para a população portuguesa por Batista (1993), tendo o estudo psicométrico elaborado alcançado elevados valores de consistência interna, o Alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97, e, relativamente, à consistência teste-reteste os coeficientes alfa verificados foram de 0.78 e de 0.90 (citado por Martins, 2011).

Pereira (2007), elaborou um estudo que permitiu reconhecer que a consistência interna da escala global foi de 0.95 e as distintas sub-escalas exibiram valores que alteram entre 0.63 e os 0.84. Deste modo, podemos verificar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna a nível global (citado por Martins, 2011).

1.2.3.8. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

(Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings, & Chertkow, 2005 citado por Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010)

A adaptação Portuguesa desta prova foi realizada, no ano de 2008, por Simões, Freitas, Santana, Firmino, Martins, Nasreddine, & Vilar (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) consiste num instrumento breve de rastreio cognitivo. Originalmente delineado para o rastreio do Défice Cognitivo Ligeiro, o processo de construção do teste estendeu-se ao longo de cinco anos, tendo sido efetuados vários melhoramentos à sua estrutura (exclusão de 5 itens que não se revelaram discriminativos, redução do número de domínios cognitivos, ajuste da pontuação dos itens de modo a valorizar mais os itens mais discriminativos) (Nasreddine et al., 2005 citado por Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

Este instrumento apresenta um método rápido, prático e eficaz na diferenciação entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com défice cognitivo, para além de se mostrar útil na avaliação de estádios intermédios de défice cognitivo, nomeadamente do Défice Cognitivo Ligeiro e da Doença de Alzheimer ligeira e moderada. Deste modo, o MoCA apresenta potencial utilidade na elaboração de diretrizes para futuras investigações acerca do Défice Cognitivo Ligeiro (Nasreddine e colaboradores, 2005 citado por Freitas, et al, 2010).

O MoCA é composto por um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de sensivelmente 10 minutos, e por um manual onde são esclarecidas as instruções para a administração das provas e delimitado, de modo objetivo, o sistema de cotação do desempenho nos itens. Com uma pontuação máxima de 30 (pontos), o MoCA avalia oito domínios cognitivos (Função Executiva, Capacidade Visuoespacial, Memória, Atenção, Concentração e Memória de Trabalho, Linguagem e Orientação) contemplando várias tarefas em cada domínio, nomeadamente:

Fluência Verbal Fonémica e Abstração Verbal (Função Executiva); Desenho do Relógio e Cópia do Cubo (Capacidade Visuoespacial); Evocação Diferida de Palavras (Memória); Memória de Dígitos em sentido direto e inverso, Tarefa de Atenção Sustentada e Subtração em série de 7 (Atenção, Concentração e Memória de Trabalho); Nomeação de três animais pouco familiares, Repetição de duas frases sintaticamente complexas e Fluência Verbal Fonémica (Linguagem); Temporal e Espacial (Orientação) (Nasreddine e colaboradores, 2005 citado por Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

Nesta versão o MoCA apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,83) e uma alta confiabilidade teste-reteste ($r = 0,92$; $p = 0,001$) (citado por Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

1.2.3.9. Mini Mental State Examination (MMSE)

(Folstein, Folstein, Mchugh e Fanjiang, 1975)

A adaptação Portuguesa do Exame do Estado Mental foi realizada, no ano de 1994, por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (Simões, Santana & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 20015).

Antes de mais, importa referir que a avaliação do estado mental é essencial na avaliação psiquiátrica (Folstein, Folstein, Mchugh & Fanjiang, 1975). O Mini Mental, de Folstein, Folstein, Mchugh & Fanjiang (1975), corresponde a um dos instrumentos mais utilizados na avaliação do funcionamento cognitivo. Utilizado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O instrumento, constituído por 11 itens (divididos em duas partes) é prático em termos de utilização, pelo pouco tempo empregue no seu preenchimento, visto

que requer apenas 5 a 10 minutos para ser administrado. Este avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, linguagem e viso-espaciais. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção. A segunda corresponde a questões acerca da leitura e escrita, nomeadamente: habilidades de nomeação, seguimento de comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). As questões referidas são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. O *score* varia entre 0 e 30. Podemos assim dizer que o instrumento é “Mini” porque concentra-se apenas nos aspetos cognitivos de funções mentais e exclui questões relativas a humor e formas de pensar, no entanto não podemos deixar de salientar que dentro da esfera cognitiva é um instrumento completo (Folstein et al. 1975).

Possui um alfa de Cronbach de 0,89 (Guerreiro et al., 1994). O MMSE exhibe elevada fidedignidade teste-reteste e boa concordância inter-avaliadores (entre clínicos gerais e entre neuropsicólogos) (Guerreiro, 2010 citado por Bastos, 2014).

1.2.3.10. Teste do Desenho do Relógio

(Tuokko, Hadjistavropoulos, Miller, Horton, & Beattie, 1995)

A adaptação Portuguesa desta prova foi realizada, no ano de 2013, por Santana, Duro, Freitas, Alves e Simões (Simões, et al., 2015).

O teste do Relógio tem sido largamente utilizado como uma importante ferramenta de avaliação neurológica, psiquiátrica e psicológica (Oliveira, 2013). Tendo sido desenvolvido com o intuito de avaliar as funções visuo-espaciais relacionadas com os lobos parietais, avaliando também outros domínios cognitivos

como a representação simbólica e grafomotora, capacidades linguísticas auditivas, hemiatenção, memória semântica e funções executivas (organização e planeamento) (Duro, Freitas, Alves, Simões & Santana, 2012). Nas últimas duas décadas, o teste do relógio tem sido bastante utilizado na diferenciação de indivíduos cognitivamente saudáveis de indivíduos com défice cognitivo ligeiro e demência.

Embora pareça uma tarefa relativamente simples, este instrumento exige que diversos domínios cognitivos funcionem de modo preciso. Quando solicitamos a um indivíduo que desenhe um relógio estamos, inevitavelmente, a exigir ao próprio que compreenda as instruções, consiga readquirir informação relacionada com o conceito de relógio que envolvem a memória, que traduza este conhecimento através de processos visuoperceptivos e visuomotores e por fim, que consiga avaliar através das funções executivas o desempenho que irá ter (Peres & Pinto 2008, citado por Oliveira, 2013).

Devido aos inúmeros domínios cognitivos que avalia, é expectável que ocorram diversos tipos de erros. Deste modo, podemos considerar a existência de dois diferentes procedimentos de administração, nomeadamente através do desenho livre e do pré-desenho. No primeiro, o desenho é completamente desenhado pelo próprio indivíduo. No segundo, é facultada uma folha ao indivíduo já com o círculo desenhado. Embora estes procedimentos resultem da ativação de processos cognitivos similares, estes divergem. Visto que, no pré-desenho é ativado em primeiro lugar funções perceptivas enquanto, no desenho livre são ativadas primeiramente a linguagem, memória e funções executivas (Oliveira, 2013).

É recomendado que o indivíduo marque 11 horas e 10 minutos, visto exigir que cada ponteiro se encontre em cada metade do relógio e deste modo no quadrante superior do hemi-espço. Existem, de facto, poucos estudos normativos acerca do

teste do relógio. No entanto, alguns estudos publicados denotam um efeito positivo da escolaridade no bom desempenho do indivíduo. Ou seja, indivíduos com elevada escolaridade apresentam um melhor desempenho (Duro, et al., 2012).

De acordo com distintos autores (Heinil et al., 1997; Royall et al., 1999; Storey et al., 2002), os resultados da Clock-Drawing Interpretation Scale estão relacionados com a idade e não com a escolaridade e, por isso, as comparações ideais devem ser feitas entre adultos cognitivamente normais. Na inexistência dos dados normativos, os resultados gerais da Clock-Drawing Interpretation Scale para adultos idosos (não sendo especificada a idade na literatura referente a estes valores) indicativos de défice cognitivo podem servir-nos de ponto de referência: $M = 18.2$, $DP = 0.8$; $N = 26$ (Mendez et al., 1992); ou $M = 18.2$, $DP = 2.3$, $N = 15$ (Powlishta et al., 2002); ou ainda $M = 16.2$, $DP = 3.7$, $N = 52$ (citado por Oliveira, 2013).

Após a apresentação dos instrumentos utilizados, iremos descrever o modelo terapia cognitiva comportamental que é o modelo utilizado na instituição onde decorreu o estágio.

1.2.4. Terapia Cognitiva Comportamental

É importante referir, que a minha intervenção enquanto estagiária de Psicologia não foi de psicoterapia, mas inspirada nos princípios deste modelo.

A Psicologia é uma área que faculta inúmeras possibilidades no que refere a abordagens terapêuticas. No âmbito do presente estágio, as intervenções incidiram sobre o modelo cognitivo-comportamental.

O modelo cognitivo-comportamental foi desenvolvido no início do século XX devido ao acréscimo de estudos empíricos sobre o comportamento (Bahls

& Navolar, 2004). Deste modo, esta abordagem caracteriza-se pela junção entre a terapia cognitiva e a terapia comportamental. Um dos objetivos do modelo cognitivo-comportamental consiste em corrigir ou alterar distorções cognitivas que afetam o indivíduo para que este desenvolva estratégias para enfrentar o problema. Para tal, são utilizadas técnicas cognitivas (identificação dos pensamentos automáticos, testando-os e substituindo possíveis distorções cognitivas) e técnicas comportamentais (utilizam-se para modificar condutas inapropriadas) (Bahls & Navolar, 2004).

Como tal, a avaliação comportamental e cognitiva caracteriza-se por um aumento dos pressupostos da abordagem comportamental para a avaliação dos processos internos e mediacionais (Gonçalves, 2014).

Todavia, não podemos falar de Terapia Cognitivo-Comportamental, sem mencionar Aaron Beck. Este autor concebeu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente de “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” é utilizado por muitos como sinónimo de “terapia cognitivo-comportamental”. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental proveniente do modelo de Beck, o tratamento baseia-se numa formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford & Beck, 1997, citados por Beck, 2013).

De acordo com Beck (2013), o terapeuta procura produzir uma mudança cognitiva (modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente) de forma a provocar uma mudança emocional e comportamental duradoura. Embora a terapia deva ser adequada a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na Terapia Cognitivo-Comportamental para todos os pacientes:

Princípio nº. 1. Baseia-se numa formulação dos problemas dos pacientes e numa conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos.

Princípio nº. 2. Requer uma aliança terapêutica sólida.

Princípio nº. 3. Enfatiza a colaboração e a participação ativa.

Princípio nº. 4. É orientada para os objetivos e focada nos problemas.

Princípio nº. 5. No início enfatiza o presente.

Princípio nº. 6. É educativa, tem como finalidade ensinar o paciente a ser o seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção da recaída.

Princípio nº. 7. Visa ser limitada no tempo.

Princípio nº. 8. As sessões são estruturadas.

Princípio nº. 9. Ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Princípio nº. 10. Utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento (Beck, 2013).

Conforme já mencionado, estes princípios básicos aplicam-se à generalidade dos pacientes. No entanto, a terapia varia consideravelmente de acordo com cada paciente, com a natureza das suas dificuldades e o seu momento de vida, assim como o seu nível intelectual e de desenvolvimento, do seu género e origem cultural. O tratamento varia também dependendo dos objetivos do paciente, da sua capacidade para desenvolver um vínculo terapêutico consistente, da sua motivação para mudar, da sua experiência prévia com terapia e das suas preferências de tratamento, entre outros fatores (Beck, 2013).

Pelas características acima mencionadas, as intervenções realizadas incidem sobre este modelo de intervenção.

1.2.5. Acompanhamento psicológico

O acompanhamento psicológico diz respeito às intervenções feitas com os clientes, facultando-lhes um maior conhecimento sobre si próprios, no sentido de ativar a sua capacidade de lidar com situações complicadas e promover tomadas de decisão (Cormac & Mace, 2008).

Em geral, o aconselhamento psicológico (*counselling*) é uma relação de ajuda que visa simplificar numa adaptação mais satisfatória do indivíduo à situação em que se encontra e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e independência. O objetivo principal é promover o bem-estar psicológico e a independência pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas (Trindade & Teixeira, 2000).

Aconselhar não é dar conselhos, fazer sugestões nem estimular disciplina ou determinar condutas que deveriam ser seguidas. Pelo oposto, trata-se de ajudar o indivíduo a compreender-se a si próprio e à situação em que se encontra e auxiliá-lo a melhorar a sua capacidade de tomar decisões que lhe sejam benéficas (Rowland, 1992 citado por Trindade e Teixeira, 2000; Pedinielli, 1999).

O aconselhamento é um método no qual um técnico emprega competências específicas para ajudar o paciente a lidar mais eficientemente com a sua vida (Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico é distinto de psicoterapia. As distinções referem-se a aspetos específicos, tais como (Bond, 1995): carácter situacional; centrado na resolução de problemas do indivíduo; focalização no presente; duração mais curta; mais orientado para a ação do que para a reflexão; predominantemente mais centrado no prevenir do que no tratar; a tarefa fundamental do técnico é auxiliar

a mudança de comportamento e ajudar a mantê-la (citado por Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico em saúde é uma intervenção que compreende em auxiliar o indivíduo a manter ou a aperfeiçoar a sua saúde, nomeadamente na adoção dum estilo de vida saudável e comportamentos de saúde (ao nível da alimentação, exercício físico, uso de substâncias, gestão do stress, etc.) e na adaptação psicológica a mudanças do estado de saúde (confronto com a doença e a incapacidade), em tudo o que isto possa envolver de mudança pessoal, acerto a uma nova situação, interação com técnicos de saúde, aderência a tratamentos e medidas de reabilitação (Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico pode desenvolver-se em distintos locais: no sistema de saúde (Centros de Saúde, hospitais, maternidades), em empresas (serviços de saúde ocupacional), serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias. Hoje em dia, constatado cada vez mais que o local de trabalho também é adequado para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde e prevenção (Trindade & Teixeira, 2000).

Como intervenção psicológica que é, a concretização do aconselhamento psicológico em saúde está destinada a psicólogos, desejavelmente com formação e treino específicos. Contudo, é imprescindível que outros técnicos de saúde fortaleçam algumas competências de aconselhamento sem que, com isto, substituam os psicólogos.

O progresso do papel profissional inclui a intervenção com indivíduos e famílias, o trabalho colaborado em equipas multidisciplinares de saúde, a

investigação e a formação de outros técnicos de saúde (Altmaier, Johnson & Paulsen, 1998 citado por Trindade & Teixeira, 2000).

O grande objetivo é ajudar o indivíduo a alterar comportamentos relacionados com a saúde e/ou a lidar com as ameaças à sua saúde, o que quer dizer que o préstimo do aconselhamento está ligado a duas grandes áreas da intervenção do psicólogo na saúde: a área da prevenção e a área da adaptação à doença. Os objetivos fundamentais do aconselhamento psicológico em saúde são: disponibilizar ajuda para dar resposta às carências psicológicas dos indivíduos saudáveis e doentes; simplificar a modificação de comportamentos relacionados com a saúde; ouvir e acolher as inquietações e o sofrimento, e promover o bem-estar psicológico; reconhecer as apreensões fundamentais que o indivíduo tem em relação à saúde e auxiliá-lo a lidar eficazmente com elas; detetar complicações comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os técnicos de saúde e auxiliar o indivíduo a desenvolver estratégias que possibilitem superar esses obstáculos; auxiliar a tomar decisões informadas, no quadro das situações concretas de saúde/doença em que se depara; transmitir informação personificada; propagar a evolução de competências sociais; ampliar o autoconhecimento e a autonomia, cooperando para o desenvolvimento pessoal; encaminhar para outros apoios especializados (Trindade & Teixeira, 2000).

A relação clínica no aconselhamento cinge-se a três componentes distintos, cujo peso específico pode alterar em cada intervenção ou em cada entrevista em ocupação das necessidades específicas do indivíduo: (1) ajuda, para lidar com as complicações, nomear as soluções, tomar decisões e alterar comportamentos; (2) pedagógica, relacionada com a transmissão de informação e (3) de apoio, relacionado com a transmissão de segurança emocional, simplificação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal (Trindade & Teixeira, 2000).

Em suma, é importante referir que ao longo do estágio académico foi realizado aconselhamento psicológico de acordo com o Modelo Cognitivo-Comportamental, visto que o que diferencia o aconselhamento psicológico da psicoterapia é a utilização de inúmeras técnicas psicoterapêuticas. Assim, como não tenho formação em psicoterapia optei pela utilização do aconselhamento psicológico.

No aconselhamento psicológico pretende-se ajudar o paciente a alterar comportamentos relacionados com a saúde, possuindo um carácter preventivo e de adaptação à doença.

Por último, no modelo cognitivo-comportamental pretende-se corrigir ou alterar distorções cognitivas que afetam o indivíduo para que este desenvolva estratégias para fazer face ao problema.

De seguida, vou abordar as atividades desenvolvidas durante o estágio.

Parte II – Atividades desenvolvidas no estágio

As atividades desenvolvidas durante o período de estágio estão inseridas no âmbito das funções do Psicólogo Clínico no ambiente Hospitalar.

A primeira fase do estágio concerne na adaptação ao funcionamento da instituição e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e num conhecimento mútuo entre técnicos e colegas. As atividades em si começaram com a possibilidade de observação de consultas de apoio psicológico, individual e em grupo, e de observação de consultas de avaliação psicológica, psicóloga. Este período de observação foi de extrema importância para o desenvolvimento de uma boa prática ao longo do estágio e ao longo de toda a minha vida profissional como psicóloga clínica.

Também foi possibilitada a presença nas reuniões semanais do Departamento de Psiquiatria, onde são discutidos casos clínicos, e, onde é aberto espaço para

sessões clínicas sobre os mais variados temas, dentro da Saúde Mental, que contribuem para o enriquecimento dos conhecimentos sobre as diversas patologias acompanhadas neste Departamento.

Assistimos também às reuniões semanais multidisciplinares de Senologia e Oncologia, onde são discutidos os casos clínicos destas especialidades. Estas reuniões tornam-se de suma importância tendo em vista que muitos dos pacientes destas especialidades recorrem ao apoio psicológico para a “gestão” psicológica das suas patologias oncológicas.

As atividades a desenvolver ao longo do estágio são:

- Observação de primeiras consultas de Psicologia, possibilitando o treino da entrevista psicológica para uma melhor compreensão do pedido de ajuda e história individual do sujeito dando especial atenção à comunicação não-verbal do mesmo;
- Avaliação Psicológica (psicodiagnóstico): que visa o aprofundando os conhecimentos nos testes psicométricos e projetivos, da qual faz parte, a consulta de manuais de testes, aplicação dos mesmos e posterior cotação e interpretação, com o objetivo de elaborar relatórios clínicos para diversos fins (Pedidos de reforma avaliações da personalidade, juntas médicas, exames médico-legais);
- Acompanhamento de casos clínicos, desenvolvendo capacidades e atributos que permitam a prestação de apoio com melhor qualidade;

Posteriormente, e de forma progressiva, a intervenção decorrerá de forma mais autónoma, sempre com a coordenação e apoio da Dr.^a Fátima Lourenço.

Poderá ainda proceder-se ao acompanhamento do psicólogo a utentes de outros serviços através da Psicologia de Apoio sempre que esse seja solicitado.

Seguidamente irão ser apresentadas, de modo sucinto, as atividades realizadas ao longo do estágio, assim como a discussão de dois casos clínicos, um de acompanhamento e outro de avaliação psicológica, e respetiva análise.

2. Trabalho de Estágio – Intervenções Psicológicas ou Reuniões Clínicas

Para além do acompanhamento psicológico, das avaliações psicológicas e das funções que lhe estão habitualmente associadas, o psicólogo clínico efectua ainda outras atividades que contribuem de forma ativa para o seu progresso enquanto profissional. Estas atividades exigem empenho e dedicação e que têm como intuito principal desenvolver um trabalho em articulação com os profissionais de outras áreas. Por outro lado, estas ações têm também um fator essencial que é a aquisição de novos conhecimentos e competências.

Assim, pode-se incluir no campo de acção mais indireto de um psicólogo clínico a participação em reuniões clínicas, nomeadamente de Psiquiatria, de Senologia e Oncologia.

As reuniões clínicas de Psiquiatria são concretizadas semanalmente, convocadas pelo Diretor do departamento e, cujo objetivo é reunir todos os elementos que fazem parte da equipa técnica (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional). Estas reuniões cumprem o objetivo de debater os assuntos relacionados com os utentes internados, ao nível do seu comportamento; analisar o apoio familiar que têm; facultar informações relativas a eventos em que a Instituição irá colaborar, assim como outras informações. Normalmente, antes da reunião clínica ocorre sempre uma sessão clínica que é feita por um elemento da equipa técnica, de forma a aperfeiçoar e melhorar conhecimentos. As intervenções

referidas promovem a intervenção de todos os técnicos, cujo objetivo é definir estratégias novas de modo a inovar o trabalho da instituição.

Nestas reuniões ocorreram momentos de partilha e de reflexão conjunta, que permitiram um melhor conhecimento acerca dos utentes que se encontravam internados, relativamente aos seus potenciais e necessidades, dificuldades económicas, familiares, profissionais e de saúde.

As outras reuniões, nomeadamente em Senologia e Oncologia, também se realizam semanalmente e visam ter uma equipa multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Saúde, etc.), de forma a ajudar melhor o utente e discutir os casos de cada um, permitindo chegar-se a um acordo sobre o que é melhor para cada paciente, mediante a sua problemática.

Assim sendo, a participação nas reuniões foi imprescindível, pois permitiu-me aperfeiçoar a capacidade de análise e de discussão clínica dos casos em acompanhamento. Por outro lado, revelou-se fundamental, visto possibilitar a aquisição de conhecimentos sobre os casos, sob diferentes perspetivas, melhorando o nosso trabalho enquanto psicólogos.

Assim, considerando todo o trabalho elaborado no estágio, é importante salientar que as atividades apresentadas constituíram uma mais-valia, enriquecendo-nos, tanto a nível profissional bem como também pessoal. Constatámos a importância de entender as nossas limitações, principalmente, a dificuldade em trabalhar casos com que sentimos identificados e o fato de considerarmos que não conseguiríamos realizar um bom acompanhamento psicológico e que isso pudesse afetar e determinar o término do processo terapêutico.

Pudemos verificar a importância de conseguir contornar as resistências e as modificações de comportamento particulares nesta população e, melhorar

competências que nos permitirão futuramente realizar um melhor trabalho. As referidas competências alcançadas correspondem à aptidão em estabelecer empatia com o utente, fortalecendo uma relação terapêutica caracterizada pela confiança e profissionalismo, em pertencer a equipa multidisciplinar e em concretizar uma avaliação psicológica, verificando as técnicas e os métodos de intervenção face a diversas problemáticas.

Tornando-se importante referir as dificuldades sentidas, sobretudo, ao nível da adesão e na seleção de algumas técnicas a utilizar, de acordo com cada problemática. De uma forma geral, salientamos todas as oportunidades que nos foram concedidas pelo estágio que possibilitou a execução de todo este trabalho. Durante este período, assisti a aproximadamente 65 horas reuniões durante o estágio.

2.1. Trabalho de estágio – Avaliação psicológica

De acordo com o trabalho do estagiário em Psicologia Clínica no Centro Hospitalar, este contemplou a participação nos processos de avaliação psicológica. Sendo importante referir que, numa primeira etapa, existiu a necessidade de vivenciar um período de observação com o intuito de aprender as regras e o modo de funcionamento da instituição.

No Departamento existe um protocolo de avaliação que é aplicado aos diversos pedidos. É de salientar que os instrumentos usados variam mediante o pedido. Assim, de acordo com o protocolo, se for solicitada uma avaliação cognitiva, são utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: *Mini Mental State Examination* – (MMSE), *Escala de Memória de Wescheler – E.M.W*, *Figura Complexa de Rey*, *Matrizes Progressivas de Raven – PM38* e *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*.

Por sua vez, se for pedida uma avaliação de personalidade utilizam-se os seguintes instrumentos: *Teste de Rorschach*, *Mini-Mult* e *Symptom Checklist (SCL-90-R)*.

Por último, se for solicitada uma avaliação para efeitos de reforma, pensão de invalidez ou efeitos de junta usa-se os seguintes instrumentos: *Mini Mental State Examination* – (MMSE), *Escala de Memória de Wescheler – E.M.W*, *Matrizes Progressivas de Raven – PM38*, *Mini-Mult* e *Symptom Checklist (SCL-90-R)*.

Ao longo deste estágio realizámos 30 avaliações psicológicas e observámos 5. Estas 30 avaliações foram executadas de forma autónoma mas com o apoio da orientadora de estágio. Em termos dos pedidos, foram bastantes distintos, sendo que a maioria dos pedidos referia-se: a junta de incapacidade, reforma, pensão de invalidez e alterações de memória.

Apenas uma das avaliações realizadas era para efeitos escolares. Seguidamente, destacamos a tabela com as avaliações observadas e com as avaliações elaboradas pelo estagiário.

Nome (Iniciais)	Data	Encaminhamento	Motivo da avaliação
M. E. A. *	04-02-2015	Psiquiatria	Junta de incapacidade
B. R. *	05-02-2015	Psiquiatria	Reforma por invalidez
C. C. *	02-02-2015	Neurologia	Dificuldades de aprendizagem
F. M. *	02-02-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
J. F. *	05-02-2015	Psiquiatria	Reforma
S.R. *	28-02-2015	Psiquiatria	Pensão de invalidez
L. A. *	06-02-2015	Psiquiatria	Reforma
C. R. *	23-02-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
M. L. M.	13-04-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
S. A.	23-04-2015	Neurologia	Queixas mnésicas

A. C.	06-03-2015	Neurologia	Agravamento do Défice cognitivo
A. E.	09-04-2015	Psiquiatria	Alterações cognitivas e de personalidade
L. R.	09-04-2015	Psicologia	Alterações cognitivas e de personalidade
M. I. C.	08-04-2015	Psiquiatria	Reforma
M. J. M.	02-04-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
M. S.	10-04-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
M. A. A.	11-04-2015	Psicologia	Queixas mnésicas
M. F. M.	02-03-2015	Psiquiatria	Síndrome demencial
A. E.	09-04-2015	Psiquiatria	Junta de incapacidade
M. R.	12-03-2015	Psiquiatria	Reforma
M. L. S.	11-03-2015	Psiquiatria	Dificuldades cognitivas
M. H. M.	13-03-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
M. J. R.	06-03-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
M. L. S.	09-03-2015	Psiquiatria	Reforma
J. C.	01-04-2015	Psiquiatria	Deterioração progressiva das funções cognitivas
M. S.	09-03-2015	Psiquiatria	Reforma
A. M.	05-03-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
J. A.	05-03-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
M. L. W.	27-02-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
C. V.	04-03-2015	Psiquiatria	Atraso na aprendizagem
M. O. P.	27-02-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
A. P.	05-03-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
E. S.	15-05-2015	Psiquiatria	Reforma
S.A.	23-04-2015	Neurologia	Queixas mnésicas
M.O.P.	27-02-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
L.A.	28-02-2015	Psiquiatria	Reforma
L.F.	12-03-2015	Psiquiatria	Alterações de personalidade
M.L.A.	26-03-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas

J.L.F.	25-03-2015	Psicologia	Estudo da personalidade
A.A.	09-06-2015	Psicologia	Queixas mnésicas
C. R.	09-06-2015	Psiquiatria	Alterações de personalidade
P.C.	02-03-2015	Psicologia	Estudo da personalidade
L.R.	11-05-2015	Psicologia	Queixas mnésicas
G.M.	10-03-2015	Psicologia	Estudo da personalidade
M.A.C.	04-06-2015	Psiquiatria	Reforma
L.M.	30-04-2015	Psicologia	Estudo da personalidade
A.E.	09-04-2015	Psiquiatria	Estudo da personalidade
L.M.	26-06-2015	Psiquiatria	Queixas mnésicas
M.Z.B.	14-05-2015	Psiquiatria	Reforma

Como referido anteriormente, verificámos a necessidade de, primeiramente, se observar as sessões de avaliação psicológica. Este período de observação permitiu compreender o modo de aplicação dos instrumentos de avaliação e como realizar a sua interpretação e, naturalmente, articular com os resultados de outros testes. De acordo com a observação entendemos como devemos gerir o tempo da sessão, como abordar a questão da confidencialidade das informações facultadas pelo utente.

Outra das competências alcançadas foi aprender a fazer relatórios, sendo que um dos aspetos negativos é o fato de não haver mais instrumentos a nossa disposição, de forma a obter mais conhecimentos sobre os diversos testes e poder escolher os instrumentos a utilizar mediante o pedido/motivo da avaliação.

2.2. Trabalho de Estágio - Acompanhamento Psicológico

Os acompanhamentos psicológicos ocorrem num contexto de pedido de apoio realizado por diversas especialidades (Gastroenterologia, Oncologia, Obstetrícia, Neurologia, Psiquiatria, entre outras), mas tendo o utente aceitado sempre o encaminhamento.

Ao longo do estágio foram-nos atribuídos oito casos, sendo que um deles teve muitas ausências das consultas.

Seguidamente, apresentamos uma breve tabela onde constam acompanhamentos psicológicos, onde destacamos a presença das iniciais do nome de cada cliente, a data da primeira consulta e o motivo do pedido.

Nome (Iniciais)	Data (1ª consulta)	Origem do encaminhamento	Motivo do apoio
S. C.	02-03-2015	Obstetrícia	Síndrome depressivo
I. A.	02-03-2015	Centro de Saúde	Stress pós-traumático
T. R.	03-03-2015	Obstetrícia	Conflito familiar
M. F. G.	03-03-2015	Centro de Saúde	Síndrome depressivo
A. L.	09-04-2015	Psiquiatria	Depressão e Perturbação de Personalidade
F. F.	28-04-2015	Neurologia	Epilepsia
A.S.	11-05-2015	Psiquiatria	Perturbação da Personalidade Borderline

O modelo de intervenção utilizado na unidade de Psicologia é o modelo cognitivo-comportamental. Deste modo, durante o período observacional e de realização dos acompanhamentos psicológicos possuímos um contato direto com esta abordagem, possibilitando aprender novas estratégias de intervenção, melhorando os nossos conhecimentos neste contexto.

Por isso, as intervenções foram também com base no modelo cognitivo-comportamental, sendo que não me foi imposto pela minha orientadora de estágio, mas para um melhor auxílio por parte da minha orientadora segui o mesmo modelo.

De seguida, faremos a apresentação de um dos casos que esteve em acompanhamento psicológico. Apresentação dos Casos Clínicos:

A parte essencial de todo o trabalho efetuado no estágio são os casos clínicos. Serão, então, redigidos os casos que analisados em avaliação psicológica e em acompanhamento psicológico. Por fim, será feita uma reflexão pessoal acerca de cada caso.

Tendo em consideração o regulamento interno da Unidade de Psicologia, não são permitidas as gravações das sessões de acompanhamento psicológico, nem de avaliação psicológica. Por esta razão, não foi possível a transcrição direta das sessões. No entanto, as sínteses foram redigidas após cada sessão. Assim, para ultrapassar este obstáculo e, com o intuito do relatório ser valorizado, na descrição do acompanhamento psicológico iremos incluir citações diretas que nos pareceram relevantes assentar durante as sessões.

Apresentação dos casos clínicos

Descrição do Caso Clínico “S”

A paciente S. é do género feminino, tem 39 anos e a primeira sessão de acompanhamento psicológico foi realizada em Março de 2015. O caso decorreu entre Março e Junho de 2015, concluindo um total de 11 sessões.

A história clínica foi escrita com base nas descrições cedidas pela paciente.

Pedido

O pedido deste acompanhamento psicológico foi feito pela sua médica assistente de Obstetrícia, por apresentar sintomatologia depressiva reativa a uma separação amorosa há cerca de um mês.

Dados biográficos

A paciente tem 39 anos de idade, é do género feminino, sendo natural do sul do país. Caucasiana, divorciada, tem o 12º ano, é operadora de supermercado e é Portuguesa.

História Clínica

S. nunca foi seguida em Psiquiatria, sendo também a primeira vez que é seguida em Psicologia. A sua médica fez o pedido de acompanhamento psicológico por achar que a “S” estava muito deprimida.

À partida, o fator desencadeador desta sintomatologia depressiva terá sido o fato de ter sido abandonada há cerca de um mês pelo seu companheiro.

Está grávida de 24 semanas. Tem duas filhas adolescentes que residem consigo.

Quanto à sua história de vida, menciona que durante a sua infância sempre se relacionou bem com os seus pais. A mãe no entanto, dava-lhe mais mimo (sic).

Refere que teve uma infância muito feliz. Tem uma irmã de quem sempre gostou muito e de quem sempre foi muito próxima. É o seu ombro amigo. Os pais são casados e têm uma relação estável, assim como a sua irmã.

Casou-se com 22 anos e engravidou da primeira filha logo a seguir. O ex-marido não queria ser pai e por isso pediu para ela abortar.

A paciente não o fez, pois desejava a filha. Como consequência deste conflito separaram-se. No entanto, refere que sempre foi muito dependente nas relações e por isso, começou a procurá-lo para reatarem a relação. Quando reatarem a relação, tinha a filha um ano. O ex-marido continuou sem aceitar a filha. No entanto, pediu-lhe para ser pai, pois agora é que sentia desejo de ser pai (considerava que não era ainda). Engravidou da segunda filha com 28 anos. O ex-marido aceitou sempre a segunda filha e foi sempre um bom pai, no entanto negligenciou sempre a filha mais velha. Derivado a conflitos financeiros, divorciaram-se.

Atualmente, ele continua a só querer saber da sua filha mais nova e só ajuda financeiramente esta.

A S. encontrou um novo companheiro com quem esteve cerca de 2 anos e recentemente separaram-se, pois ele referia que ela não o tratava como ele merecia.

Ele disse-lhe que queria ser pai de um filho dela e ela contou-lhe tudo o que já tinha passado e que não queria que um filho seu fosse novamente rejeitado. Refere que ele sempre mencionou que ia apoiá-la, estar ao seu lado e que tudo ia correr bem.

No entanto, não foi isso que se verificou, quando engravidou. Saiu de casa e deixou-a, pois diz que merecia mais. Foi por isto que foi pedido acompanhamento psicológico, pois esta situação desencadeou alguma sintomatologia depressiva, nomeadamente choro fácil, semblante triste e abatido e isolamento.

S. sente-se sozinha, triste e sem vontade de fazer nada. Descreve-se como uma pessoa meiga, simpática e compreensiva. Atualmente tem dificuldades económicas, pois encontra-se de baixa e o ex-marido e o ex-companheiro não a ajudam financeiramente. No entanto, tem ajuda dos pais e da sua irmã.

Não se verificam doenças na história da família.

Para este acompanhamento psicológico, foram estabelecidos vários objetivos terapêuticos, nomeadamente: estabelecer uma boa relação terapêutica, envolver a cliente no processo terapêutico, avaliar as expectativas da paciente em relação ao processo terapêutico, avaliar as reações emocionais e recursos da paciente face a situações de separação, promover um papel ativo da paciente na conquista de maior autonomia face a situações de separação e potenciar os recursos da paciente de forma a promover melhores estratégias de confronto e adaptação a situações de separação.

Síntese das sessões de acompanhamento psicológico

De seguida, serão apresentadas sucintamente, as nove sessões de modo a descrever adequadamente o presente caso clínico.

É importante referir que S. era uma paciente assídua, vindo sempre às sessões. Antes de iniciar a primeira sessão, explicaram-se as questões éticas e deontológicas, de forma a esclarecer a paciente que nenhuma informação partilhada iria ser revelada.

Foi-lhe ainda informada a duração das consultas (40 minutos), em regime semanal, e que iriam finalizar em Julho, altura em que se faria uma avaliação da situação. No entanto, esclareci que quando terminasse o estágio se faria uma avaliação da situação para se verificar se havia necessidade de continuar o acompanhamento, pois caso houvesse seria encaminhada para a nossa orientadora de estágio.

1ª Sessão

Observação

A cliente S. dirigiu-se à consulta acompanhada pela sua mãe e foi pontual. Apresentou humor deprimido e choro fácil. No entanto, com um aspeto cuidado.

Na primeira sessão foi efetuada a anamnese, de forma a conhecer a sua história de vida para obter mais informação. A cliente demonstrou logo um grande à-vontade, respondendo a tudo o que lhe foi solicitado e revelando aspetos que lhe causam sofrimento. Foi bastante comunicativa e colaborante.

A cliente S. manifestou uma grande necessidade de falar, assim nesta 1ª sessão desenvolvemos escuta ativa e compreensão empática, isto é, de forma a estabelecer uma boa relação terapêutica baseada na confiança e na empatia.

A compreensão empática é definida, de acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental, como um instrumento fundamental para a compreensão do processo de elaboração de cognições, afetos e comportamentos expostos pelo cliente (citado por Ramos, s.d.).

Segundo Meyer e Vermes (2001), ser empático contém a perspetiva do outro ter uma disposição para se pôr no lugar da outra pessoa, podendo ou não experienciar os mesmos sentimentos. (citado por Ramos, s.d.).

A escuta consiste numa importante estratégia de comunicação de forma a obter um melhor entendimento do outro, pois representa uma atitude calorosa, de interesse e respeito, sendo, deste modo, terapêutica (Carvalho & Mesquita, 2014).

A Escuta Terapêutica apresenta-se como um método de resposta aos outros, de modo a estimular uma melhor comunicação e compressão das inquietações pessoais (Carvalho & Mesquita, 2014).

Caracterizando-se como um evento dinâmico e ativo, que obriga a um esforço por parte do ouvinte de modo a identificar os diversos aspetos verbais e não-verbais da comunicação (Carvalho & Mesquita, 2014).

2ª Sessão

Observação:

A paciente S. veio acompanhada novamente pela mãe e encontra-se novamente com humor deprimido. Apresenta um discurso organizado e coerente e ideação suicida, no entanto não é estruturada.

O aspeto é cuidado, encontrando-se novamente apresentável.

A S. continua a chorar no seu dia-a-dia, mas com menor frequência. No entanto, sempre que tocam no assunto não consegue evitar as lágrimas.

O ex-companheiro quer ir consigo às consultas e quer mexer na sua barriga. Menciona ainda que não quer passar um dia sem ver a filha. Informa também que monetariamente não ajuda, mas que vai passar a ajudar.

Refere que “penso em muitas asneiras quando estou sozinha, mas eu desejo a minha filha”, “às vezes penso o que ando cá a fazer, não consigo ser feliz mais vale morrer” (sic).

O ex-companheiro diz que ainda gosta dela, mas que ela não soube dar o devido valor. Diz que ela não lhe dava carinho, mas a própria diz “isso não é verdade, isso é apenas uma forma de ele se desculpar”.

Atualmente está de baixa, mas conta com o apoio monetário dos pais e da irmã, e a pensão de alimentos do ex-marido referente apenas à filha mais nova.

Diz: “Sinto-me cansada desta vida que tenho. Só queria que a minha filha já estivesse cá fora, pois acho que vou ultrapassar a situação mais depressa.”

Derivado a manter o humor deprimido e ter apresentado ideação suicida, falei com a nossa orientadora de estágio que aconselhou a encaminhar a cliente para as urgências. Falei com a cliente e ela aceitou ir às urgências para ser observada por um psiquiatra.

Nesta sessão, assumi uma comunicação empática, pois havia a necessidade da cliente se sentir compreendida. Referi “verifico que esta situação a deixa triste e revoltada, mas por outro lado quer que a sua filha nasça para se manter mais ocupada e ter mais força para lidar com esta situação”.

Numa segunda fase solicitei à cliente a elaboração de um registo de atividades diárias por ela desenvolvidas, no sentido de fazê-la perceber melhor o seu dia-a-dia. Assim propus à paciente o registo das atividades, somente com os dias da semana e os períodos do dia (manhã, tarde e noite).

Nesta fase, o registo também se torna pertinente, no sentido de permitir uma visão mais clara do tipo de atividades desenvolvidas mais prazerosas para S.

Assim nesta sessão foram utilizadas basicamente a compreensão empática e a escuta ativa e técnicas comportamentais como o reforço positivo e técnicas cognitivo-comportamentais, como o registo de atividades diárias, com o objetivo de permitir uma visão mais clara do tipo de atividades desenvolvidas, de forma a perceber o tempo que passa sozinha e permitir-me conhecer as atividades que gosta.

3ª Sessão

Observação:

A paciente veio acompanhada pela irmã e chega à consulta com boa aparência denotando cuidado com a sua imagem. O humor mantém-se deprimido. Já não apresenta ideação suicida e revelou crítica para os pensamentos que teve.

Apresentou uma atitude de revolta perante a situação, pois, não percebe como foi ele capaz de a deixar, se foi ele que quis um filho seu.

Pela observação do registo das atividades, foi possível verificar que a paciente, nesta fase, não parece muito motivada para nenhuma atividade em particular, focalizando toda a sua atenção nas filhas e revelando alguns traços depressivos. Tendo sido possível, verificar a sua reduzida atividade, passando o dia a chorar, a dormir e quando sai é para ir buscar as filhas à escola.

Com o registo de atividades, verificou-se o que a cliente mencionava. No entanto, serviu para obter informação sobre atividades que lhe são prazerosas.

A S. informa que vai ser seguida em Psiquiatria. Foi prescrita medicação, mas passados cinco dias interrompeu pois provocava-lhe vômitos, tonturas e viu no folheto informativo que poderia causar contraindicações para o bebé.

No entanto, diz que já não chora tanto e que já começa a sair de casa na companhia das filhas. Agora “sinto-me revoltada com a atitude que ele teve comigo, já não quero estar mais com ele. Continuo a dizer-lhe quando tenho as consultas, porque ele é pai e tem direito a saber.”

Diz que já não pensa em fazer asneiras. Que foi um pensamento que teve em desespero.

Utilizei novamente a escuta ativa e a compreensão empática, pois mais uma vez acho importante a cliente se sentir ouvida e compreendida.

Nesse sentido, referi “vejo que está indignada com o fato de o seu ex-companheiro ter dito que queria ser pai de um filho seu e depois a relação ter terminado, mas por outro lado deseja a sua filha e é um fator que a faz sorrir.” (sic)

4ª Sessão

Observação:

A paciente S. vem acompanhada pela irmã e mais uma vez, apresenta um humor deprimido e uma imagem cuidada. No entanto, demonstra-se ansiosa, pois descobriu que tem diabetes e tem receio que isso possa afetar o seu bebé. Revela ainda preocupação por a filha mais velha não mencionar que já tem uma irmã.

“Esta semana ando mais acompanhada, pois as minhas filhas estão de férias. Já não me sinto tão triste. Ando um pouco preocupada, pois descobri que agora tenho diabetes e tenho receio que isso afete o bebé.” (sic)

O ex-companheiro continua a demonstrar muita preocupação com a filha, pois está sempre a mandar mensagens para saber se está tudo a correr bem.

Revela “preocupação em relação ao relacionamento das suas filhas, pois a filha mais velha não diz aos amigos que já tem uma irmã. Acho que tem a ver com o facto de a filha mais nova ter sido aceite pelo pai e ela ter sido rejeitada. Todavia, tem uma atitude de aceitação relativamente a esta gravidez.” (sic)

Começa a pensar que o problema poderá ser seu, pois já é a segunda vez que é abandonada.

Nunca mais ocorreram pensamentos negativos e diz que “às vezes já sorri-o”.
(sic)

Nesta sessão foram utilizadas basicamente estratégias fenomenológicas como a escuta ativa e a compreensão empática, que têm como principal objetivo a cliente se sentir ouvida e compreendida.

“Percebo que se sente apreensiva por ter descoberto que tem diabetes e tem medo que isso afete a bebé”. (sic)

“Nota-se que para si é importante que o seu ex-companheiro demonstre preocupação com a vossa filha apesar de já não estarem juntos e que isso a deixa feliz”. (sic)

“Revela também alguma preocupação com a sua filha mais velha, pois ela não diz já têm uma irmã. Receia que ela não o diga, por o pai de ambas só ter aceiteado a irmã”. (sic)

5ª Sessão

Observação:

A paciente S. chega à consulta com muita boa aparência, tem um aspeto muito cuidado e refere que finalmente foi falar com ele para o informar que ia para tribunal pedir a pensão para a filha e que ele não ia assistir ao parto.

Menciona que já vai saindo de casa, mesmo quando não lhe apetece mas faz esse esforço para não se isolar. Estes aspetos referidos pela paciente, são elucidativos da motivação da paciente, para o processo terapêutico.

Teve uma discussão com o ex-companheiro, pois ela disse-lhe que como ainda não lhe tinha dado nenhum apoio financeiro que o ia pôr em tribunal. E que

tinha tomado a decisão de ele não assistir ao parto, pois ela não se sente a vontade com a sua presença depois do que se passou.

“Ele ficou revoltado, pois disse que fazia questão de estar presente no parto. Depois disto, começou a destabilizar-me a chamar-me nomes, a ofender a minha família e a dizer que ia cortar ligação com a filha. Sinto-me cansada com isto tudo, mas vou fazendo um esforço para sair e para ultrapassar a situação pelas minhas filhas”. (sic)

Refere que ele é filho de pais separados e sempre disse que queria que a filha fosse criada com os dois pais, pois ele foi criado com os bisavôs.

Diz ainda “que sente raiva de mim e minha família”.

Nesta fase foram utilizadas estratégias fenomenológicas, como a escuta ativa e a compreensão empática, no sentido de ser compreensiva com a cliente.

“Sente-se cansada pelo fato do seu ex-companheiro não compreender a sua necessidade de o pôr em tribunal, por causa da pensão de alimentos visto ele não dar nenhuma ajuda financeira e também por não aceitar a sua decisão em não ser ele a assistir ao parto”. (sic)

“Apesar desta situação revela força para ultrapassar a situação e vontade para sair mais vezes de casa, pelas suas filhas”. (sic)

6ª Sessão

Observação:

A paciente demonstrou-se preocupada com a atitude do pai da sua filha e tem receio que ele abandone a filha. Sente-se culpada pelo sofrimento das filhas. O humor depressivo mantém-se.

Está de baixa desde Fevereiro, devido a sua sintomatologia depressiva. Diz que “são mais os dias em que ando triste, dos que ando bem, pois ainda gosto dele.” (sic)

“Ele depois daquela discussão nunca mais me disse nada. Começo a ter algum receio que ele abandone a filha, pois o meu ex-marido fez o mesmo a filha mais velha. Sinto-me magoada e culpabilizo-me de alguma forma, por as minhas filhas estarem a sofrer, pois gostavam muito dele. Ele disse-me que não me tinha abandonado apenas se afastou.”

“Ainda gosto dele mas não sei se o queria de volta”. (sic)

Anda ansiosa, pois receia que haja consequências para a bebé por ela ter diabetes.

“Nunca mais é a consulta com a obstetra para saber se está tudo bem com a bebé, pois sei que o parto pode ocorrer mais cedo derivado a minha bebé crescer mais depressa por eu ter diabetes”. (sic)

Foram utilizadas estratégias fenomenológicas, pois existia uma grande necessidade por parte da paciente de verbalizar as dificuldades encontradas, bem como uma grande necessidade de ser compreendida e neste contexto este tipo de técnicas são bastante úteis no sentido de fazer transparecer à paciente que é compreendida, e que estes tipos sentimentos são normais dentro do contexto atual.

“Continua a sentir-se desgostosa, pois ainda gosta do seu ex-companheiro e por ter receio que ele não queira saber da filha como aconteceu com o seu ex-marido”. (sic)

“Sente-se responsável pelo sofrimento das suas filhas derivado a ausência dele e por outro lado, sente-se ansiosa por ter a consulta com a obstetra para confirmar que está tudo bem com a bebé”. (sic)

7ª Sessão

Observação:

A paciente S. continua com o humor deprimido e menciona que sempre foi muito dependente nas relações e que isso poderá ser a causa dos términos das relações. Já não está tão preocupada, pois o pai da sua filha já voltou a dar notícias e ela acha que ele não era capaz de abandonar a filha.

Começamos por falar um pouco da sua opinião a nível relacional com os seus companheiros. “Sou uma pessoa explosiva, quando não me dão razão. Gosto de falar sobre os problemas que vão surgindo. Sou ciumenta, mas não sou obsessiva, pois não invado a privacidade de ninguém. Sou carinhosa. Senti-me dependente tanto na 1ª relação como nesta última.”

Na 1ª relação, refere que andou atrás do ex-marido para se reconciliar, mesmo depois de não aceitar a filha e ter-lhe pedido para abortar. Ao fim de 18 anos, a rutura aconteceu devido a problemas financeiros, pois ele não queria contribuir com muito dinheiro para casa.

Refere-se uma mulher sem autoestima. Diz que precisam que gostem dela para se sentir com valor, por isso só tem autoestima quando está numa relação.

O ex-companheiro, já voltou a dar notícias e perguntar pela filha. Refere “que se sente abandonada, pois foi deixada, ou seja, uma coisa que ele sempre disse que não ia acontecer.”

Quando fica sozinha ainda chora muito, pois é quando pensa mais no assunto.

Nesta sessão foram utilizadas estratégias fenomenológicas, como a escuta ativa e a compreensão empática. Solicitei novamente o registo de atividades para confirmar se a cliente se tem isolado menos.

“Presencio que têm a capacidade de fazer uma análise das suas relações e que se considera dependente nas relações que já teve e por isso se culpabilizar de alguma forma, por as mesmas não terem dado certo”. (sic)

“Considera-se uma mulher sem autoestima quando não está numa relação, mas quando está isso já não acontece porque a pessoa que está consigo a elogia e faz a sentir-se valorizada”. (sic)

“Sente-se mais calma por o seu ex-companheiro ter perguntado pela filha de ambos e por isso, menciona que está convicta que ele não abandone a filha”. (sic)

8ª Sessão

Observação:

A paciente S. chega a consulta com uma imagem cuidada, mas cansada pois está com uma barriga muito grande e a bebé derivado à diabetes está a crescer mais. O seu humor continua deprimido. Sente-se triste, pois ele não percebe a sua decisão em relação ao parto. Iniciamos a questão da finalização do processo terapêutico. Derivado à médica ter aconselhado repouso, pois a cliente está com gravidez de risco e por isso as consultas começaram a ser mais curtas.

O ex-companheiro mandou mensagem a saber se ela tinha mudado de ideias em relação ao parto. Como a paciente manteve a sua decisão em relação ao parto, ele começou novamente a ofendê-la. “Isto incomoda-me.”

Diz que foi parar às urgências, pois sentiu dores na barriga e já estava com contrações.

Não consegue já estar muito tempo sentada, pois já não tem posição para estar.

Já foi a consulta com a obstetra e a bebé não vai nascer antes do tempo, mas a médica aconselha a ficar de repouso absoluto.

Através do registo de atividades, verificou-se que a cliente se isola menos, já vê televisão, já lê, já sai de casa para ir às compras e para ir à praia com as filhas.

Foram usadas estratégias fenomenológicas, como a escuta ativa e a compreensão empática, no sentido de permitir a paciente um ambiente de abertura e de confiança. Uma vez que o principal objetivo terapêutico era a aquisição de maior autonomia por parte da paciente foi também nesta sessão trabalhada a questão da finalização do processo terapêutico, tendo sido enfatizadas as mudanças alcançadas com vista a promover uma maior generalização das técnicas usadas, permitindo assim uma maior autonomia e menor dependência face a outras situações.

“Continua a sentir-se importunada pelo fato do seu ex-companheiro não compreender a sua decisão em relação ao parto.” (sic)

“Por outro lado, sente-se cansada pois já não tem posição para estar e tem de estar em repouso.” (sic)

“Estamos perto de finalizar o processo terapêutico, sendo que já se começa a alcançar algumas mudanças nomeadamente, a redução dos sintomas depressivos (choro fácil, semblante triste e redução de isolamento) e uma maior aceitação com o fim da relação”. (sic)

9ª Sessão

Observação:

A paciente apresenta um aspeto cuidado e cansado, menciona que está com algumas dores derivado ao tamanho da bebé e por estar inchada. Já não se sente tão triste, e já sai mais, mas revela que gostava que as coisas tivessem sido como estava planeado. Por o parto estar próximo, sente-se ansiosa com o facto de poder ser doloroso derivado a bebé estar muito grande. Continuamos a finalização do processo terapêutico.

Refere muito cansaço derivado a gravidez e que neste momento a bebé já está completamente formada e que já pode nascer.

Diz-se ansiosa em relação ao parto, pois derivado à diabetes a bebé está maior e tem receio que o parto possa ser doloroso.

Em relação ao seu ex-companheiro, mandou-lhe mensagem para saber se estava tudo bem e que só falaram disso para não se enervar.

“Às vezes quando ainda estou sozinha, sinto-me um pouco triste, pois queria que as coisas fossem como tínhamos planeado e que pudesse ter um pai presente para as minhas filhas todos os dias.” “Ele continua sem me ajudar financeiramente, por isso tenho mesmo de ir para tribunal”.

O poder paternal não pede, pois acha que ele tem direito de estar com a filha quando quiser.

Foram utilizadas estratégias fenomenológicas, como a escuta ativa e a compreensão empática. Foi feita a continuação da finalização do processo terapêutico.

“Têm-se sentido cansada por causa da gravidez e ansiosa pois tem receio que o parto seja doloroso.” (sic)

“Ainda apresenta alguns sintomas de tristeza, pois gostava que as coisas tivessem sido diferentes, sobretudo que o seu ex-companheiro pudesse estar consigo e partilhar todos os momentos consigo da gravidez.” (sic)

“Sentiu necessidade de ter apoio financeiro, pois o seu ex-companheiro não a ajuda e dessa forma pediu ajuda ao tribunal, no entanto não solicitou o poder paternal, pois acha importante o seu ex-companheiro ver a filha quando quer sem datas específicas.” (sic)

“Cada vez mais próximo da finalização do processo terapêutico, verifico que continua a apresentar menos sintomas de tristeza e uma maior autonomia face à situação.” (sic)

10ª Sessão

Observação:

A cliente S. apresenta um aspeto cuidado e o seu humor está menos deprimido, tem momentos em que já sorri.

A cliente menciona que já chora menos e que já se sente melhor, mas ainda se sente sozinha. “Gostava de poder partilhar este momento com ele de perto, de ter o apoio dele, mas eu sou forte e pelas minhas filhas vou conseguir ultrapassar esta situação” (sic).

Refere que já tem vontade de estar mais acompanhada e sair de casa. “Ainda ontem fui à praia com as minhas filhas, no outro dia já fui ao café com uma amiga e hoje vou jantar fora com a minha irmã” (sic).

A paciente menciona que “sinto alguns progressos mas ao mesmo tempo, sinto-me insegura relativamente ao término do processo terapêutico”, “sei que se não fosse o acompanhamento eu não teria alcançado estes objetivos.

Utilizou-se estratégias fenomenológicas como a escuta ativa e a compreensão empática, de forma a cliente se sentir compreendida.

“Vejo que se sente menos triste apesar de por vezes ainda se sentir sozinha, pois gostava que este fosse um momento a dois”.

“Verifico que sente alguns progressos, nomeadamente por já sair mais de casa, de se isolar menos, de se sentir menos triste mas tem receio de o processo terapêutico estar a chegar ao fim, mas como já tinha informado não vai ficar desamparada até porque se vai fazer uma nova avaliação da sua situação e caso necessário o acompanhamento prosseguirá com a minha orientadora”.

11ª Sessão

Observação:

A paciente S. sente-se um pouco receosa com o facto de o acompanhamento terminar hoje e de no futuro não conseguir ultrapassar as situações sozinha. Por outro lado, preocupa-se mais consigo e a sua prioridade são as filhas.

A paciente refere que está tudo na mesma “ele continua com a mesma atitude, mas já me é indiferente, agora a prioridade sou eu estar bem e as minhas filhas”.

“De alguma forma, o acompanhamento ajudou-me a desabafar e a sentir-me compreendida, pois a minha família apesar de me apoiar não me compreendia. Sinto que este processo também me ajudou a reagir, passei a fazer um esforço para me manter mais ocupada, chorar menos e a valorizar-me mais enquanto mulher”. (sic)

“Mas continuo um pouco ansiosa com o término do acompanhamento, pois tenho receio de não conseguir sozinha”. (sic)

Nesta ultima sessão as técnicas utilizadas, tiveram um caracter mais didático que interventivo. Foram utilizadas estratégias fenomenológicas, como a compreensão empática e falou-se sobre o processo terapêutico de forma a perceber o impacto que teve para a cliente.

Clarificou-se a cliente, que ia continuar a ter acompanhamento com a minha orientadora, pois ia ter o bebé brevemente e isso impossibilitava o decorrer das sessões e por depois já ter finalizado o estágio. Foi feita uma nova avaliação e achámos necessária a continuação do acompanhamento.

“Segundo o que me disse atualmente preocupa-se mais com o seu bem-estar e com o das suas filhas, do que com a opinião do seu ex-companheiro. No entanto, vejo que se sente ansiosa com o término do processo terapêutico, mas achamos benéfico a continuação do mesmo mas com a minha orientadora, derivado ainda se encontrar triste por vezes e por ainda não ter ultrapassado a separação.”

“No entanto, revela que este acompanhamento foi benéfico para si, pois sentiu-se ouvida, compreendida e isso fez com que reagia-se, ou seja, que se isola-se menos e que olha-se para o que têm de bom na sua vida (as suas filhas) e a valorizar-se mais enquanto mulher”.

Discussão clínica

A família da paciente sempre teve estabilidade financeira e, por isso, os progenitores nunca tiveram dificuldades em assegurar a subsistência do agregado familiar.

Com 22 anos casou-se e seguidamente teve a primeira filha. A partir daí começou a isolar-se pois, o seu ex-marido não aceitou a filha. Derivado a esta situação separaram-se, apesar de a paciente mencionar que ainda tentou uma reconciliação. Criou a filha sozinha tendo apenas o apoio familiar.

Com 36 anos, inicia uma nova relação com um companheiro mais novo. O companheiro apesar de já ter filhos de outra relação, menciona o desejo de ser pai de um filho dela. Desta forma, a paciente engravida e passado uns meses ele sai de casa, referindo que a relação acabou e que ela não lhe deu o devido valor.

É nesta base que a vida de S. se desenvolve, caracterizada pela tristeza e revolta. Apesar destas condicionantes, S. apresenta um percurso profissional regular, sendo que atualmente se encontra de baixo devido à gravidez ser de risco, pela sua idade.

Tendo em consideração o acompanhamento psicológico e a informação recolhida durante as sessões, podemos verificar que a história de vida de S. é caracterizada por dois acontecimentos que se tornaram marcantes (a rejeição do ex-marido em relação à primeira filha e as separações de ambas as relações).

De acordo com Bielski e Zordan (2014), o fim de uma relação amorosa é uma situação vivida pela grande parte das pessoas enquanto adultos.

O término representa o fim de vínculos, de laços emotivos, sexuais e afetivos, estabelecidos tanto pelo amor como pelo ódio, pelas brigas e pelas reconciliações (Marcondes, Trierweiler & Cruz, 2006 citados por Bielski & Zordan, 2014). Apesar de existência dolorosa para os dois, normalmente quem sofre mais é aquele que se percebe como dispensado (Gikovate, 2008 citado por Bielski & Zordan, 2014).

A dor é sentida também de forma física através de sintomas como, dores no peito, sensação de sufocamento, falta de ar, disfunção sexual, incapacidade de trabalhar efetivamente, alterações no peso, insônia e outras perturbações do sono (Pereira et al., 2012 citado por Bielski & Zordan, 2014).

A depressão é uma perturbação do humor, assinalada por uma modificação psíquica e orgânica global, com resultantes modificações na maneira de apreciar a realidade e a vida, e que leva a pessoa a uma prevalência incomum de tristeza (Mattos, & Aguirre, 2007).

Segundo Galvão e Abuchaim (2001), existem várias causas que desencadeiam a depressão, nomeadamente, questões constitucionais da pessoa, como fatores genéticos e neuroquímicos, somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como stresse, estilo de vida, perda de um ente querido, climatérico, crise de meia-idade, crises e separações conjugais (citado por Mattos & Aguirre, 2007).

A maior parte dos indivíduos refere sentimentos de depressão e angústia intensa, referidos a dúvidas e mudança frequente no humor na época do divórcio. Apesar de uma separação poder acontecer de forma acelerada, o decurso da recuperação psicológica da crise do divórcio demora algum tempo, para ter um resolução satisfatória (Mattos, & Aguirre, 2007).

De acordo com os critérios de diagnóstico acima descritos, estes poderão indicar uma Perturbação Depressiva Major, pois confirma-se a presença de cinco ou mais sintomas. No entanto, uma vez que a depressão surgiu por causa da separação, poderá ser uma depressão reativa a esta situação. Assim, consideramos que o diagnóstico mais adequado será a depressão reativa à separação, visto que a cliente nunca apresentou sintomatologia depressiva, à exceção de ruturas amorosas.

Ao longo das sessões tornou-se compreensível as razões que precipitaram o aparecimento de sintomatologia depressiva, revelou-se também necessário atender o sofrimento que S. sente por ter dificuldades em lidar com a separação.

Essencialmente, através de estratégias fenomenológicas como a escuta ativa e a compreensão empática, procurou-se estabelecer uma boa relação terapêutica baseada na confiança e na empatia. Outras das técnicas usadas foram as cognitivo-comportamentais, como o registo de atividades diárias que tiveram o objetivo de permitir uma visão mais clara do tipo de atividades desenvolvidas pela cliente.

No decorrer das sessões verificaram-se importantes mudanças nomeadamente um maior à-vontade da paciente num sentido de verbalizar e expressar de forma clara os seus sentimentos, medos e obstáculos.

Em termos dos sentimentos de isolamento e tristeza, verificou-se uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva marcada por períodos de remissão. Porém, em relação à situação da separação que origina algum sofrimento à paciente, verificou-se que continua a ser fundamental trabalhar esta questão devido ao sofrimento ainda causado, mas que revela melhorias, nomeadamente uma maior aceitação com a situação.

Podemos afirmar que foi um caso de sucesso, pois muitos sintomas apresentados diminuíram e tornou-se uma pessoa mais ativa e funcional.

Reflexão sobre o caso

A paciente sempre demonstrou ser uma pessoa extrovertida e simpática. Porém, no início do acompanhamento psicológico verificou-se uma certa apreensão em relação ao processo de acompanhamento, mas com o decorrer das sessões apresentou melhorias estando mais recetiva e comunicativa. O seu discurso era coerente e

organizado, mas apresentava um humor deprimido. Em relação ao contexto familiar, S. é proveniente de uma família com estabilidade financeira e por isso, ajuda-a muito. Sempre foram uma família muito unida.

Durante o acompanhamento psicológico foi notória a evolução, apesar de terem sido apenas onze sessões.

Foi possível observar que S. têm dificuldades em situações de separação e torna-se dependente das relações. Pois, já no seu primeiro relacionamento mesmo depois de o seu companheiro ter rejeitado a filha, ela ainda insistiu na relação e voltou para ele. Na segunda relação também voltou a insistir sendo, que menciona que é uma pessoa insegura com a sua imagem mas quando está numa relação isso não acontece.

A inclusão deste caso clínico de acompanhamento psicológico no relatório de estágio, deveu-se ao facto de o considerar uma excelente base de aprendizagem relativamente à prática de acompanhamento psicológico, pois permite realizar um estudo aprofundado da depressão.

É importante referir que houve algumas dificuldades, nomeadamente, em desenvolver estratégias para a problemática e em estabelecer uma aliança terapêutica inicial. Sem dúvida, que o facto de ter conseguido acompanhar esta paciente foi muito benéfico. Tal, também foi possível devido ao apoio prestado pela nossa orientadora de estágio e pela confiança depositada no nosso trabalho.

Descrição do caso clínico “M.”

M. é do género feminino e a primeira sessão da avaliação psicológica foi realizada em Fevereiro de 2015.

A história clínica foi escrita com base nas descrições cedidas pela paciente e pela sua filha, uma vez que a cliente se encontrava desorientada no tempo e no espaço, e com um discurso lentificado e incoerente.

Pedido

O pedido desta avaliação é solicitado pela Psiquiatra, com a hipótese de diagnóstico de Síndrome demencial.

Dados biográficos

A paciente tem 72 anos de idade, é do género feminino e reside no distrito de Setúbal. Caucasiana, viúva, tem a 3ª classe, é reformada e é Portuguesa.

História Clínica

M. é proveniente de uma família carenciada, cujo agregado familiar era constituído pelos pais e uma fratria de 7 irmãos, sendo a paciente a mais velha.

O pai trabalhava numa fábrica e a mãe não trabalhava, pois tinha de tomar conta dos filhos.

M. refere que tinha um bom relacionamento com os irmãos e com seus pais, apesar de mencionar que se relacionava melhor com o pai. Considera a sua relação com os irmãos e pais, como “uma relação muito dócil”.

Sempre viveu com os pais até sair de casa para residir com o companheiro e trabalhar. Casou-se aos 29 anos, mas já viviam em união de facto desde os 17 anos.

Aos 18 anos, já residia em Setúbal e foi nessa altura que começou a trabalhar. Refere que o seu marido bebia em excesso, mas sempre se deram bem e nunca foi violento consigo. O pai não queria que ela trabalhasse. Teve vários trabalhos

nomeadamente, ser auxiliar numa creche durante dez anos até este ser fechado e ter sido despedida. Depois, foi trabalhar para uma fábrica até se reformar.

Reformou-se com 42 anos devido a problemas de coluna. Refere que só tem o 3º ano de escolaridade, pois teve de ajudar a sua mãe a cuidar dos irmãos.

Sempre foi uma pessoa que se relacionou facilmente com pessoas que não conhecia muito bem e tinha boas relações com as suas amigas, no entanto mais tarde descobriu que algumas não eram realmente suas amigas.

De acordo com a informação clínica remetida pela psiquiatra assistente e a informação concedida pela filha de M. parecem existir, atualmente, três problemas centrais na vida da mesma. O primeiro remete para a presença de impulsividade excessiva, que se iniciou aos 25 anos de idade e que se tem vindo a agravar devido à síndrome demencial. O segundo aspeto inquietante na vida da paciente refere-se à sua excessiva apreensão com os seus familiares, pois presentemente preocupa-se com a sua filha mais nova que reside consigo. Afirmou-nos que tem muito receio de falecer e não estar presente na vida da filha. Por último, destacamos o problema que gerou o pedido da avaliação psicológica, as alterações cognitivas.

M. exibe um decréscimo da capacidade para apreender nova informação e dificuldade em relembrar a informação anteriormente aprendida. Relativamente às alterações de memória, estas surgiram há cerca de três anos e têm-se vindo a agravar, de forma progressiva.

A filha de M. menciona que os esquecimentos são persistentes, não se lembra da idade nem da data de aniversário dos filhos, prefere vestir roupa que não se encontra lavada e guarda objetos, não conseguindo recuperá-los mais tarde.

M. iniciou as consultas de psiquiatria com 25 anos de idade, devido à preocupação excessiva com os irmãos que ingressaram na Guerra do Ultramar, o que lhe provocava sintomatologia depressiva. Nesse momento, a paciente tornou-se extremamente impulsiva agindo constantemente por impulso. A filha salienta que M. nunca gostou que a contrariassem, tornando-se mesmo agressiva quando alguém o fazia. Nesta altura, M. foi seguida no Hospital Miguel Bombarda.

M. é acompanhada há cerca de 2 anos no Centro Hospitalar. A filha de M. refere que esta se dirigiu há um ano às urgências do Hospital do Barreiro, tendo o psiquiatra de urgência realizado um diagnóstico de Síndrome Demencial.

A paciente refere que possui alguns problemas físicos. Salienta que possui problemas cervicais desde os 40 anos de idade. Todavia quando questionada acerca da patologia afirmou não se recordar de quem realizou o diagnóstico. M. possuía também problemas visuais (cataratas), no entanto foi operada.

Avaliação psicológica do caso clínico “M”

A avaliação psicológica ocorreu durante três sessões. De acordo com o procedimento utilizado na instituição, foram incluídos no plano de testagem cinco testes que constituem parte do protocolo de avaliação, designadamente, o *Mini Mental State Examination* (MMSE), a *Figura Complexa de Rey*, o *Teste do Relógio*, as *Matrizes Progressivas de Raven* e *Escala de Memória de Wechsler*.

Na primeira sessão foi esclarecido o objetivo que levou ao pedido da avaliação, e os procedimentos inerentes a este processo. Por conseguinte, foram explicadas de forma clara a questão da confidencialidade de toda a informação facultada. Foi ainda realizada uma entrevista psicológica, de forma a compreender o motivo do pedido e a sua história. Primeiramente foi aplicado o MMSE, visto que possui questões que têm como objetivo examinar as funções cognitivas,

nomeadamente orientação temporal e espacial, memória de evocação e retenção, atenção, cálculo e habilidade construtiva.

No primeiro momento de avaliação, M. revela uma postura colaborante, mas demonstra alguma apreensão à aplicação das provas psicológicas. No entanto, verificámos um discurso lentificado e incoerente, alterações espaciotemporais, humor deprimido e dificuldades de compreensão nas provas aplicadas.

Na segunda sessão, aplicámos o Teste do Relógio e a Figura Complexa de Rey, no qual M. se demonstrou recetiva e colaborante face às tarefas propostas e já estabeleceu contato visual com o técnico demonstrando uma maior facilidade a relação com o mesmo. No entanto, evidenciou algumas dificuldades na concretização das mesmas.

Por fim, a última sessão consistiu na aplicação das Matrizes Progressivas de Raven e da Escala de Memória de Wechsler, no qual M., onde embora se tenha revelado disponível e colaborante em relação aquilo que lhe era pedido, manifestou novamente dificuldade na concretização das mesmas.

Considerando os resultados das provas psicológicas realizadas (ver anexo), e após as sessões de avaliação realizámos a sua análise e interpretação, elaborando um relatório de avaliação que antes de ser apresentado a sua médica assistente foi supervisionado pela orientadora de estágio.

Resultados da avaliação psicológica.

Os instrumentos de avaliação utilizados tinham como principal objetivo possibilitar a avaliação do funcionamento cognitivo.

Relativamente ao Mini Mental State Examination, o resultado obtido estende-se também ao funcionamento cognitivo, onde a pontuação obtida situa-se abaixo da

média (22 pontos). Por sua vez, em comparação com os valores normativos sugere que apresenta défice cognitivo.

Em relação à Figura Complexa de Rey, na reprodução por cópia, verifica-se uma reprodução de qualidade inferior (percentil 10), uma reprodução muito lenta (percentil 10) e capacidades grafo-percetivas diminuídas. Na reprodução por memória, elaborou uma construção irreconhecível, de qualidade inferior (percentil 10), o que pode revelar algumas dificuldades de memorização. Quando comparada com os valores normativos revela-se abaixo da média da população.

No Teste do Relógio, os resultados obtidos encontram-se abaixo do ponto de corte (3 pontos), sugerindo alterações visuo espaciais (2 pontos).

Nas Matrizes Progressivas de Raven, os resultados obtidos sugerem debilidade mental, tendo em conta a faixa etária e o grau de escolaridade.

Por último, a Escala de Memória de Wechsler revela que os resultados obtidos se encontram abaixo da média da população portuguesa, sugerindo assim deterioração mnésica (-31).

Análise e integração dos resultados da avaliação psicológica.

Nesta avaliação psicológica verificou-se a presença de problemas cognitivos, tendo em consideração a pontuação obtida no MMSE que se encontrou abaixo da média esperada para a sua idade e dada a pontuação obtida na Escala de Memória de Wechsler que também se encontra abaixo da média.

Nos outros testes (Teste do Relógio e Figura Complexa de Rey), também foi possível verificar alterações das funções cognitivas, nomeadamente capacidades grafo-percetivas, visuoespaciais e visuomotoras.

Por sua vez, as Matrizes Progressivas de Raven revelam capacidades intelectuais reduzidas (debilidade mental), tendo em conta a sua idade e o seu grau de escolaridade.

Ao realizar esta avaliação pudémos compreender o funcionamento cognitivo de M., e recolher informações acerca do seu historial pessoal, familiar e de saúde. Por sua vez, as informações obtidas auxiliaram na realização do relatório de forma, a sua Médica Assistente compreender melhor o quadro clínico e possível esclarecimento de diagnóstico. Apresento o relatório da avaliação psicológica em anexos.

Discussão clínica

Analisando o caso e tendo em consideração os resultados acima mencionados através da avaliação psicológica, consideramos a hipótese de que a sintomatologia apresentada pela paciente poderá estar relacionada com um quadro de Perturbação Neurocognitiva devido a Doença de Alzheimer, de acordo com o DSM-V.

Na etapa inicial da doença os indícios mais predominantes são a perda de memória, os esquecimentos, a desorientação no tempo e no espaço (Habib, 2003), a desordem face à localização de sítios conhecidos, a perda da espontaneidade e da iniciativa, bem como o desleixo com a aparência pessoal e no trabalho. Surge ainda, perda de tempo na concretização de tarefas do dia-a-dia, falta de atenção e de concentração, questões para lidar com dinheiro, capacidade de julgamento enfraquecida, causando decisões erradas, alterações de humor e de personalidade e ainda, aumento da ansiedade ou agressividade (*National Institute on Aging*, 2008).

M., manifesta uma diminuição da capacidade para apreender nova informação, dificuldade em recordar informação previamente aprendida. Menciona esquecimentos constantes, não se recorda da sua idade nem da data de aniversário dos

seus filhos, opta por vestir roupa que não se encontra lavada e guarda objetos, e mais tarde não sabe onde os guardou.

Apresenta alterações de pensamento mantendo um discurso desorganizado e incoerente e encontra-se desadequado no espaço e no tempo.

A análise dos resultados sugere alterações significativas das funções cognitivas, nomeadamente, memória, controle mental, capacidades visuomotoras, capacidades visuoperceptivas e capacidades grafo-perceptivas.

De acordo com Helito e Kauffman (2007), numa etapa moderada da doença as complicações cognitivas intensificam-se comparativamente à primeira etapa e a pessoa começa a necessitar de ajuda na execução de tarefas instrumentais e nas tarefas primárias do dia-a-dia (citados por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

O pensamento não é claro, originando esquecimento comparativamente à execução de tarefas básicas e ao não reconhecimento de pessoas e sítios conhecidos (*Department of human health & human services*, 2006 citado por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013). Surge também um decréscimo da atenção, exteriorizações inapropriadas, como por exemplo, ataques de raiva, dificuldades de linguagem, leitura, escrita e numéricas, pensamento desorganizado e incoerente, complicações em aprender coisas novas e lidar com situações inesperadas, inquietação, agitação, ansiedade, e choro (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

Assim, para se diagnosticar a Perturbação Neurocognitivas Major ou Ligeira, têm de estar presentes três critérios (*American Psychiatric Association*, 2014):

- A. Evidência de um declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa,

funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social) com base em:

1. Preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico de que existe um declínio significativo na função cognitiva; e
 2. Um déficit substancial no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou, na sua ausência, por outra avaliação clínica quantitativa.
- B. Os défices cognitivos interferem na realização independente das atividades da vida diária (i.e., no mínimo necessita de assistência nas atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagar contas ou gerir a medicação).
- C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um delirium.
- D. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (p. ex., Perturbação Depressiva Major, Esquizofrenia).

No entanto, para ser diagnosticada como Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira devido à Doença de Alzheimer, têm de estar presentes três critérios (American Psychiatric Association, 2014):

- A. Estão preenchidos os critérios para Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira.
- B. Existe um início insidioso e uma progressão gradual do déficit num ou mais domínios cognitivos (para a Perturbação Neurocognitiva Major, tem de haver déficit em pelo menos dois domínios).
- C. Estão preenchidos os critérios para possível ou provável doença de Alzheimer, apresentados de seguida:

Para Perturbação Neurocognitiva Major (American Psychiatric Association, 2014):

É atribuído o diagnóstico de doença de Alzheimer provável se qualquer um dos seguintes estiver presente, caso contrário deve ser atribuído do diagnóstico de doença de Alzheimer possível.

1. Evidência pela história familiar ou por testes genéticos da existência de uma mutação genética causador de doença de Alzheimer.
2. Estão presentes todos os três seguintes:
 - a. Clara evidência da memória e da aprendizagem e pelo menos um outro domínio cognitivo (com base na história clínica pormenorizada ou em teste neuropsicológicos seriados).
 - b. Declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados.
 - c. Não existe evidência de etiologia mista (isto é, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistémica que possa contribuir para o declínio cognitivo).

De acordo com os critérios de diagnóstico acima descritos, estes poderão indicar uma Perturbação Neurocognitiva Major com possível Doença de Alzheimer, pois cumpre os critérios de diagnóstico da Perturbação Neurocognitiva Major (acima mencionados), porque não existe evidência de mutação genética na família.

Deste modo, é importante uma intervenção psicológica que tem como principal objetivo: estimular as capacidades mentais, reforçar as relações sociais, oferecer segurança e ampliar a autonomia do utente, melhorar a identidade e autoestima, reduzir o stress e impedir reações psicológicas anormais, melhorar o

rendimento cognitivo e funcional, ampliar a autonomia pessoal nas tarefas diárias, aperfeiçoar a qualidade de vida do utente e dos familiares (Casanova, 1999 citado por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

Têm sido desenvolvidas ao longo do tempo diversas intervenções psicológicas para pacientes com a Doença de Alzheimer, no entanto no presente relatório vou destacar as que me parecem mais eficazes para a paciente M., nomeadamente a intervenção familiar e a arte-terapia.

A intervenção familiar na Doença de Alzheimer tem como foco essencial, a diminuição do stresse do cuidador, ao contrário de qualquer transformação na doença (Marriott, Donaldson, Tarrier & Burns, 2000 citado por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013), tendo como fundamentais objetivos auxiliar a familiar a lidar com o sobrepeso emocional e ocupacional originada pela doença (Bottino et al., 2002). Este tipo de intervenção possibilita uma perspetiva clara acerca das complicações e modificações que sucedem, tornando o comportamento de quem cuida mais sólido face às eventualidades da patologia, procurando que as situações se tornem mais calculáveis (Marriott, Donaldson, Tarrier & Burns, 2000 citado por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

Por sua vez, a arte-terapia é um mecanismo estimulante para este tipo de pacientes que, a um determinado instante, se centralizam sobre um objeto a produzir, ou um outro tipo de atividades manuais. Promover a inclusão dos pacientes em grupos para fortalecer ou preservar as capacidades cognitivas. Os grupos de discussão também são relevantes, para dar uma integração temporal e espacial e transportá-los a uma realidade da vida diária (Bayle, s.d.).

Contudo, isto é um processo avaliativo que foi solicitado pela Psiquiatra de forma a confirmar possível diagnóstico de Doença de Alzheimer.

Reflexão sobre o caso

M. é uma pessoa reservada, extrovertida e simpática. No início da avaliação observou-se uma certa apreensão face ao processo avaliativo, mas com o decorrer das sessões apresentou melhorias estando mais recetiva e comunicativa.

O seu discurso era lentificado e incoerente, revelava incoerências nas datas e acontecimentos, dizendo que tem vindo a agravar de forma progressiva.

Em relação ao contexto familiar, M. é proveniente de uma família com algumas dificuldades económicas e por isso, deixou de estudar para tomar conta dos seus irmãos. A infância de M. foi marcada por inúmeras dificuldades económicas, onde os seus pais tinham dificuldade em assegurar o sustento dos seus 7 filhos.

Ao longo da avaliação tornou-se clara a evolução da paciente, embora tenham sido somente três sessões. Porém, foi possível observar que M. foi cada vez mais colaborativa, apesar de muitas vezes a filha ter de facultar algumas informações importantes, pois a própria já não se recordava.

A inclusão deste caso clínico de avaliação psicológica no relatório de estágio, deveu-se ao facto de o considerar uma excelente base de aprendizagem relativamente à prática de avaliação psicológica, pois permite realizar um estudo aprofundado das funções cognitivas.

É importante referir que devido à deterioração das funções cognitivas já existentes por parte da paciente, tornou-se complicado explicar o que era pretendido em cada teste. Sem dúvida que o facto de termos conseguido concluir a avaliação psicológica, foi muito benéfico. Por último, é importante ressaltar que esta situação se tornou possível devido ao apoio facultado pela nossa orientadora de estágio e pela confiança colocada no nosso trabalho.

3. Reflexão Global

Depois de quatro anos intensivos de estudo, chegou o momento em que ambicionamos aplicar as aprendizagens e o mais adequado será realizar um estágio. Assim, optei por estagiar em contexto hospitalar, com o intuito de ter acesso a uma diversificada população e onde existem distintas problemáticas. Depois de realizar uma pesquisa, optei por realizar o estágio no Centro Hospitalar pois esta instituição ia ao encontro das necessidades mencionadas anteriormente.

Por se tratar de uma nova experiência que iria possibilitar o contato e a intervenção com uma população diversificada, as expectativas encontravam-se relativamente elevadas. É importante referir que o estágio foi de encontro às minhas expectativas, sendo que tanto a nossa orientadora como todos os técnicos que nesta instituição desempenham funções tornaram-se muito importantes neste processo, transformando esta importante etapa numa experiência enriquecedora e repleta de momentos de reflexão assim como das diversas patologias da sua população-alvo, bem como, da intervenção do psicólogo clínico.

Foram sendo desenvolvidas, ao longo desta etapa, várias competências de modo a conciliar a teoria com a prática, o que levou a um esforço acrescido, todavia sem o mesmo o resultado final não teria sido tão positivo.

Esta experiência proporcionou-me um enorme crescimento, quer em termos pessoais, quer em termos académicos. O crescimento obtido ao nível académico, foi pelo fato de ter finalizado mais uma etapa para poder concluir o Mestrado. Sinto que cresci a nível pessoal, pois consegui ultrapassar alguns receios que tinha, nomeadamente o de errar e com a confiança que demonstraram ter em mim isso foi-me ajudando, sem dúvida uma experiência única.

Ao longo de qualquer estágio irão surgindo também inúmeras dificuldades, salientamos então que o receio principal foi em começar os acompanhamentos psicológicos. Diversas dúvidas surgem como “será que vamos conseguir entender a história de vida do paciente?”; “como é que vou reagir perante uma situação menos positiva?”; foram sempre colocadas na fase inicial. Porém, com o passar do tempo e com a ajuda facultada pela orientadora de estágio e com o auxílio das aulas de seminário permitiram ultrapassar essas inquietações.

O apoio mencionado, revelou-se bastante importante no início da realização das primeiras avaliações psicológicas e acompanhamentos.

É importante referir o empenho e a dedicação dos profissionais que diariamente trabalham para facultar todo o apoio possível a esta população. Resta-me dar os parabéns ao Centro Hospitalar e os técnicos que tornam esta instituição numa referência para muitos indivíduos, que por diversos motivos solicitam a ajuda de profissionais de saúde, e encontram um espaço no qual são acolhidos e tratados de forma respeitosa.

De uma forma geral, esta foi a minha melhor experiência em termos académicos.

4. Considerações finais

Importa mencionar, que o trabalho em questão não teria sido possível realizar se não me tivesse sido permitido estabelecer um protocolo entre a Universidade Autónoma de Lisboa e o Centro Hospitalar, pelo qual agradeço a ambas as instituições a oportunidade facultada.

Referências Bibliográficas

- Almeida, F. (2009). Teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR). *Peritia – Revista Portuguesa de Psicologia, IAP*, 1-10.
- Álvarez, M., & Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos para la depresión. *Psicothema, 13*, 493 – 510
- Allegri, R., Harris, P, & Serrano, C. (2001). Perfis diferenciais de perda de memória entre demência frontotemporal e a do tipo alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14*(2), 317-324.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª Ed. Lisboa: Climepsi editores
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 5ª Ed. Lisboa: Climepsi editores.
- Araújo, A., & Neto, F. (2013). A nova classificação americana para os transtornos mentais – O DSM-5. *Jornal de Psicanálise, 46*(85), 99-116.
- Araújo, C., & Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia, 13*(1), 231-244.
- Aros, M., & Yoshida, E. (2009). Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia, 130*, 61 – 76
- Bahls, S. & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Electrónica de Psicologia, 4*. Disponível online: <http://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo->

comportamentais-conceitos-e-supostos-teoricos/ [Acedido em 1 de dezembro de 2014]

Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Bastos, A. (2014). Estimulação cognitiva em pacientes com alcoolismo: vantagens da utilização de dispositivos móveis. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Baum, A.; Revenson, T. A. & Singer, J. (2012). *Handbook of Health Psychology: Second Edition*. Taylor and Francis Group. New York.

Bayle, F. (s.d.). O demente, a família e as suas necessidades. pp. 621-627.

Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão, causa e tratamento*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed

Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2ª. Edição. Tradução: Sandra da Rosa. Porto Alegre: Artmed

Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi editores.

Bielski, D., & Zordan, E. (Dezembro de 2014). Sentimentos predominantes, após o término do relacionamento amoroso, no início da idade adulta jovem. *Erechim perspectiva*, 38, pp. 17-24.

Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., et al. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79.

- Bylsma, L., Morris, B., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 676 – 691
- Caldas, A. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2014). Portugal: Saúde Mental em números - 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISSN: 2183-0665
- Carvalho, E. & Mesquita, A. (2014). A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem*, 48(6):1127-36. doi:10.1590/S0080-623420140000700022
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto – Interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em língua francesa *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*, Paris, Dunod, 1997)
- Chbm. (s.d.). Obtido em 20 de Março de 2015, de http://www.chbm.min-saude.pt/Downloads_HSA/HNSR/Eventos/exposi%C3%A7%C3%A3o_23anivers%C3%A1rio_hnsr.pdf
- Cormac, I. & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*; 128: 280-9.

- Dunn, D., Dalgleish, T., Lawrence, D., Cusack, R., & Ogilvie, D. (2004). Categorical and dimensional reports of experienced affect to emotion-inducing pictures in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 654 – 660
- Duro, D., Freitas, S., Alves, L., Simões, M., & Santana, I. (2012). O Teste do Desenho do Relógio: Influência das variáveis sócio-demográficas e da saúde na população portuguesa. In *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia* (pp.5-11).
- Feliciano, F & Francisca, A. (2011). Catálogo dos Testes de Avaliação Psicológica Existentes no Laboratório Psicologia do ISEIT/Viseu – Instituto Piaget. Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Viseu.
- Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Freitas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 285-304.
- Ferreira, F.A.P. (2009). *Percepção da Psicologia Clínica nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (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. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- 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.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gil, S., & Droit-Volet, S. (2008). Time perception, depression and sadness. *Behavioural Processes*, 80, 169 – 176
- Goblid, I., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285 – 312
- Gonçalves, O. (2014). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. 6ª. Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Gorzoni, M., & Pires, S. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(1), 18-23.
- Guerreiro, A. & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- Guerreiro, M. (1998). *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Ciências Biomédicas.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Hathaway, S., & Mckinley, J. (1966). Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006). Mini Exame do Estado Mental: Características Psicométricas em idosos ambulatoriais. *Saúde Pública*, 40(4), 712-719. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neurologia. ISSN: 1645-281X.
- Lucas, C., Freitas, C., & Monteiro, M. (2013). A doença de Alzheimer: Características, sintomas e intervenções. *O portal dos psicólogos*, 1-15.
- Marques, M. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, L. (Setembro de 2011). Obesidade e morbilidade psicológica: psicopatologia, alterações de personalidade, auto-conceito, estratégias de coping em obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Braga, Portugal. Obtido em 5 de Maio de 2015, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8557/1/Tese%20Leonel.pdf>
- Martorell, M. & González, R. (1997). *Entrevista Y Consejo Psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Mattos, E., & Aguirre, J. (Novembro de 2007). Depressão e relação conjugal: um estudo de caso. *Revista científica eletrônica de psicologia*, 9.
- Moitinho, S. V. S. (2012). Funções Executivas (Frontal Assessment Battery), Capacidade Visuo Construtiva e Memória (ReyComplex Figure) numa Amostra de Idosos sob Resposta Social.
- Montiel, J., Capovilla, A., Berberan, A & Capovilla, F. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Psic- revista de psicologia da vector editora*, 2, 32 – 42

- National institute of mental Health (2010). Depression. The Nice guideline on the treatment and management of depression in adults, acedido a 6 de Maio de 2015 em <http://www.nice.org.uk>
- National Institute on Aging (2008). *Alzheimer's disease: unraveling the mystery*. Washington, DC: Author.
- Neto, J., Tamellini, M., &Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiq. Clín.*, 32(3), 119-130.
- Oliveira, D. (2014). *Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. Trabalho do Curso de Especialização em Terapia Comportamental. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, M. F. (2005). Entrevista psicológica – O caminho para aceder ao outro. *O portal dos psicólogos*, pp. 1-37.
- Oliveira, R. (2013). O teste do relógio – tempo de mudança. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Pedinielli, J.-I. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi editores.
- Pereira, M. F. C. (2007). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Dissertação Mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Pires, C. (2003). *Noções de psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Royall, D. R., Cordes, J. A., &Polk, M. J. (1998). CLOX: Anexecutiveclock-drawingtask. *JournalofNeurology, Neurosurgery&Psychiatry*, 64, 588-594.

- Ramos, A. (s.d.). Alguns tópicos da relação terapêutica na visão da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Relação terapêutica*, pp. 1-7.
- Raven, J. (1981). *Progressive Matrices de J. Raven, Manuel*. Paris: Éditions Scientifiques et psychologiques.
- Rey, A. (1959). *Manuel, Test de Copie et de Reproduction de Mémoire de Figures Géométriques Complexes*. Paris: Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Ribeira, S., Ramos, C., & Sá, L. (2004). Avaliação inicial da demência. *Rev. Port. Clin. Geral*, 20, 569-577.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV), p. 589-599.
- Rohkamm, R. (2004). *ColorAtlasofNeurology*. New York: Thieme.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Berne: Hans Huber.
- Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (4ª ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN
- Simões, M. (1994). *Notas em torno da arquitetura da avaliação psicológica*. *Psychologica*, 11, 7-44.
- Simões, R. M., Santana, I., & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (2015). *Escalas e Testes na Demência*. 3ª Edição. Novartis.

- Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), p. 453-458.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(18), 3-14.
- Tran, T. (2008). The effects of induced interpretive biases on memory and emotional vulnerability. University of Miami scholarly repository. Openacesstheses, paper 155, acedido a 8 de Maio de 2015 em http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_theses/155
- Trindade, I., & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde. O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2 (XVI), p. 217-229.
- Trindade, I. & Teixeira, J. C. (2000). Aconselhamento Psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 3-14.
- Zimmerman, I. & Woo-Sam, J. (1981). *Wais: Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos* (3ª ed.). Madrid: Tea Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (1969). *Echelle Clinique de Mèmoire de D. Wechsler, Manuel*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

Wechsler, D. (1970). *Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes (W.A.I.S.), Manuel*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Anexos

Vera Lopes – N° 20141074

DOCENTE: Professora Doutora Rute Brites
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2015

Anexo I - Cronograma das atividades do mês de Fevereiro

Dia	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
4	(4ª-feira)	9:00h – A. P. M. * 14:00h – C. S. G. *	15:10h – M. E. A. *
5	(5ª-feira)	14:00h – R. J. M. * 16:00h – C. C. *	15:00h – C. C. *
6	(6ª-feira)	9:00h - Sessão de grupos de luto patológico * 11:00h – Sessão de grupos de cancro da mama *	15:30h – S. R. *
10	(3ª-feira)	14:00h – M. N. *	11:00h – L. A. * 15:00h – M. E. A. *
11	(4ª-feira)	9:00h – A. * 14:00h – N. L. *	16:00h – F. M. *
12	(5ª-feira)	8:00h – T. C. * 11:00h – A. C. A. * 12:00h – M. D. G. * 14:00h – M. M. T. * 15:00h – I. *	10:00h – B. R. * 15:30h – J. F. *
16	(2ª-feira)	9:00h – A. * 10:00h – J. * 11:00h – L. * 12:00h – F. *	14:00h – J. F. *
17	(3ª-feira)	9:00h – J. * 10:00h – L. * 11:00h – H. * 12:00h – G. *	
18	(4ª-feira)	14:00h – M. J. * 8.30h – P. *	
19	(5ª-feira)	8:00h – M. A. * 14:00h – M. L. S. *	15:30h – S. R. *
20	(6ª-feira)	9:00h - Sessão de grupos de luto patológico * 11:00h – Sessão de grupos de cancro da mama *	10:00h – B. R. *
23	(2ª-feira)	8:30h – D. *	9:30 – C. R. *
25	(4ª-feira)	14:00h – A. C. * 8:00h – T. C. *	
26	(5ª-feira)	14:00h – N. L. * 15:30h – A. C. A. *	
27	(6ª-feira)	14:00h - Sessão de grupos de luto patológico *	9:40h – M. L. 10:20h – M. O. 15:30h – S. R.

Anexo II - Cronograma das atividades do mês de Março

Dia	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
2	(2ª-feira)	9h- I.A 14h- S.C	
3	(3ª-feira)	9h- T.R 14h- M.F	
4	(4ª-feira)		8.30h- C.V 15.20h- M.F 16.20h- C.R
5	(5ª-feira)		9.30h- J.A 14h- A.M
6	(6ª-feira)		9.40h- A. C 10.20h- M.J.R
9	(2ª-feira)		9h- C.R 14h- M.L.S.
10	(3ª-feira)	10h- M.F	
11	(4ª-feira)		8.30h- M.A 14h- A.M 15h- M.L
12	(5ª-feira)		9.30h- L.F 10.20h- M.R 14h- M.L.W
13	(6ª-feira)	14h- S.C	9.40h- M.S 10.20h- M.H.M
18	(4ª-feira)		8.30h- M.L.S
19	(5ª-feira)	10h- I.A	9.30h- M.O.P 14h- A.M
20	(6ª-feira)	11.30h- S.C	9.40h- J.A
23	(2ª-feira)		9h- G.M 14h- A.P.
24	(3ª-feira)		14h- A.C.
25	(4ª-feira)		9h- J.P.F
26	(6ª-feira)	10.40h- T.R.	9.30h- M.L.A.

Anexo III - Cronograma das atividades do mês de Abril

Dia	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
1	(4ª-feira)		8.30h- J.C. 9.30h- L.F.
2	(5ª-feira)	15h- I.A.	10.30h- M.L.S 11.30h- M.J.M
6	(2ª-feira)		9.20h- M.S 10.40h- M.H.M 14h- M.R
7	(3ª-feira)	9.30h- M.F	
8	(4ª-feira)		8.30h- M.I.C
9	(5ª-feira)	14h- A.L	8.30h- J.C 9.30h- A.E 10.20h- A.E 9.40h- M.S.
10	(6ª-feira)	9h- T.R	10.20h- J.A. 12h- M.J.M.
13	(2ª-feira)		9h- M.L.M. 14h- M.L.A.
14	(3ª-feira)		16h- P.A.
15	(4ª-feira)		8.30h- M.L.W. 14h- M.L.S 9.30h- M.A.
16	(5ª-feira)	12h- S.C. 16h- M.F.	10.40h- M.L.S. 14h- A.C.
17	(6ª-feira)	11.30h- I.A.	
20	(2ª-feira)		9h- M.J.M. 14h- M.J.R
21	(3ª-feira)		9h- J.C.
22	(4ª-feira)		8.30h- M.F. 14h- A.E
23	(5ª-feira)	15h- T.R.	8.30h- S.R. 9.30h- J.P.F 10.40h- M.R. 14h- M.H.M.
24	(6ª-feira)	9.30h- M.F.G. 15h- S.C.	10.20h- A.E. 11h- M.S. 14h- M.R.B. 15h- L.R.
27	(2ª-feira)	11h- A.L.	9h- M.L.M. 12h- M.L.S.
28	(3ª-feira)	9h- F.F	10h- M.F.M
29	(4ª-feira)		8.30h- M.I.C. 15.30h- A.E.
30	(5ª- feira)	9h- I.A. 14.30h- S.C.	15.30h- L.M. 16.30h- S.R.

Anexo IV - Cronograma das atividades do mês de Maio

Dia	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
11	(2ª-feira)	9.30h- A.S. 11h- T.L.	8.30h- M.L.M. 15h- S.A.
12	(3ª-feira)	12h- I.A.	11h- L.R. 14h- P.C. 15h- M.I.C
13	(4ª-feira)		8.30h- L.R. 14h- Médico-legal
14	(5ª-feira)	11.30h- M.F.G	14h- A.C. 15h- M.Z.B.
15	(6ª-feira)		9h- E.S. 10h- M.S. 15h- A.E.
18	(2ª-feira)	14h- A.L. 11h- F.F. 15h- I.A.	14h- M.J.S 12h- M.L.M.
19	(3ª-feira)		9h- M.A.A. 10h- E.S. 12h- M.Z.B 14h- L.R 15h- L.C.
20	(4ª-feira)		8.30h- M.R.A. 14h- M.J.P
21	(5ª-feira)	14h- A.L.	9h- A.V. 15h- A.E.
22	(6ª-feira)	9h- T.R.	14h- M.J.S.
25	(2ª-feira)		10h- M.J.P.
26	(3ª-feira)		14h- M.Z.B.
27	(4ª-feira)		14h- E.S.

Anexo V - Cronograma das atividades do mês de Junho

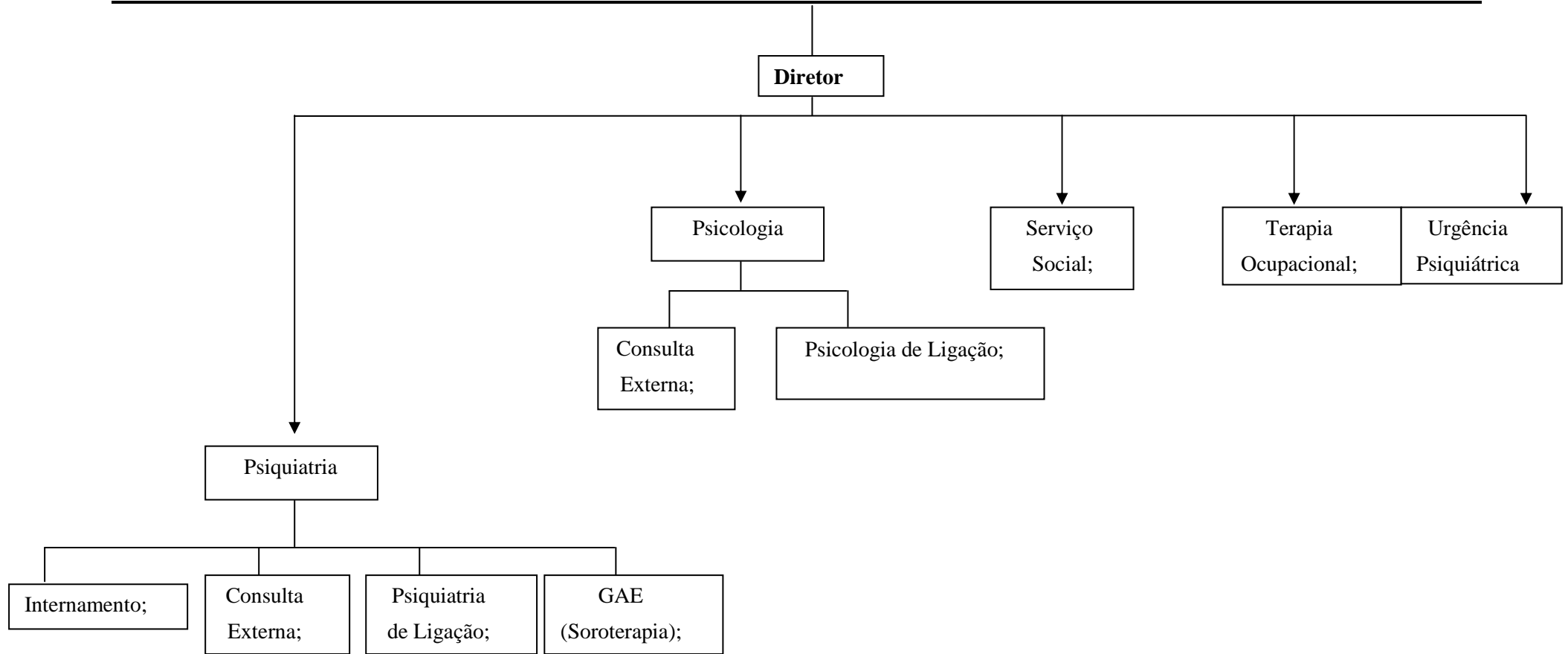
	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
1	(2 ^a -feira)	15h- M.F.R.	
2	(3 ^a -feira)		
3	(4 ^a -feira)		14h- M.J.R.
4	(5 ^a -feira)	14h- A.S.	10h- E.S. 11h- M.A.C
5	(6 ^a -feira)	14h- T.R.	
8	(2 ^a -feira)		10h- M.A.C. 11h- M.A.A.
10	(4 ^a -feira)	9h- I.A. 14h- A.S.	10h-M.J.P
15	(2 ^a -feira)		14h- M.A.C.
19	(6 ^a -feira)	15h- M.F.R.	9h- A.E.
26	(6 ^a -feira)		15.30h- L.M.
29	(2 ^a -feira)		10h- L.M.
30	(3 ^a -feira)		14h- L.S.

Anexo VI - Cronograma das atividades do mês de Julho

Dia	(Dia da semana)	Apoio Psicológico	Avaliação Psicológica
2	(5 ^a -feira)	9h- T.R. 14h- I.A.	10.30h- L.M.
9	(5 ^a -feira)	10h- A.S. 15h- S.C.	
10	(6 ^a -feira)	10h- F.F.	
27	(2 ^a -feira)	16h- T.L.	
28	(3 ^a -feira)	10h- I.A. 10.30h- A.S.	
29	(4 ^a -feira)	14h- F.F.	
30	(5 ^a -feira)	9h-T.R.	
31	(6 ^a -feira)	11h- S.C.	

Anexo VII

Organigrama Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental



Anexo VIII - Sessões Clínicas

Data	Contexto	Tema	Orador
04-02-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“O Psicólogo Clínico e a sua intervenção na prática clínica”	Dr.ª Fátima Lourenço, Estagiários da OPP e estagiárias académicas
11-02-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“A enfermagem na consulta externa de Psiquiatria”	Enfermeiros do Serviço de Psiquiatria
04-03-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“Psicofármacos na gravidez”	Dr.ª Ana Prata (Interna de MGF)
11-03-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	Apresentação Rumo e Centro de emprego – Articulação com o Hospital	Técnicos RUMO e Centro de Emprego
18-03-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“Síndromes delirantes de falso reconhecimento e identificação”	Dr.º Hugo Afonso (Interna de Psiquiatria)
01-04-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“St. Christopher´s Hospice-Clinical Placament.”	Dr.ª Guida da Ponte (Psiquiatra)
22-04-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“Até que a morte nos separe. Pactos suicidas”	Dr.ª Diana Durães (Interna de Psiquiatria)
24-06-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“Anxiety management avoiding benzodiazepines”	Dr.ª Ana Prata (Interna de Psiquiatria)
01-07-2015	Reunião semanal do Departamento de Psiquiatria	“How can i diagnose had in the presence of other central nervous system diseases?- A clinical case”	Dr.ª Guida da Ponte (Psiquiatra)

Relatório de Avaliação Psicológica

Serviço de Psicologia de Adultos

Nome: M.

Idade: 72 anos

Objetivo do pedido: Avaliação das Funções Cognitivas;

Provas aplicadas: Provas Neuropsicológicas (Mini Mental State, Figura Complexa de Rey e Teste do Relógio) e Provas Cognitivas (Matrizes Progressivas de Raven e Escala de Memória de Wechsler);

Pedido por: Dr.^a T. R. H.

Relatório

A avaliação decorreu ao longo de quatro sessões, nas quais M. apresentou humor deprimido.

A paciente refere alterações de memória progressivas desde há três anos. Indica ainda, que estas alterações de memória se têm acentuado devido a um conflito com uma pessoa que lhe era bastante próxima.

Durante a entrevista a paciente apresentou alterações de pensamento mantendo um discurso lentificado e incoerente, mas não adequado no espaço e no tempo. Apresentou ainda um comportamento ajustado no decorrer da avaliação, manifestando algumas dificuldades na compreensão do que lhe era solicitado.

Avaliação das Funções Neuropsicológicas:

Mini Mental State

Os resultados são sugestivos de funções cognitivas alteradas, existindo sinais de deterioração cognitiva (22 pontos).

Figura Complexa de Rey

Na Reprodução por Cópia a paciente realizou uma construção com justaposição de detalhes, que está relacionada com uma capacidade de análise e de síntese das estruturas grafo-perceptivas que não tem em conta as estruturas organizativas primárias e secundárias. A qualidade de execução situa-se no percentil 10 o que denota uma reprodução de qualidade inferior.

Relatório de Avaliação Psicológica

Serviço de Psicologia de Adultos

Relativamente o ritmo de execução da figura, a paciente apresentou uma reprodução muito lenta (percentil 10). Possui capacidades grafo-perceptivas diminuídas. No desempenho da prova a paciente demonstrou ausência de estruturação.

No que diz respeito à Reprodução por Memória a paciente elaborou uma Construção irreconhecível (Tipo VII), este tipo de reprodução é próprio de pessoas com patologias desorganizadas, ou em fases do desenvolvimento mais regressivas. A qualidade de execução situa-se no percentil 10 (reprodução de qualidade inferior). Em relação ao ritmo de execução a paciente denotou uma reprodução muito rápida (percentil 75). Apresentou um desempenho superior na cópia comparativamente com a memória, o que pode revelar algumas dificuldades de memorização.

Teste do Relógio

Os resultados obtidos sugerem alterações, nomeadamente, desorganização visuo-espacial moderada que leva à marcação de hora incorreta.

Avaliação das Funções Cognitivas:

Matrizes Progressivas de Raven

Os dados obtidos sugerem capacidades intelectuais reduzidas ($60 < \text{QI} < 79$), tendo em conta a faixa etária e o grau de escolaridade.

Escala de Memória de Wechsler

Os resultados obtidos encontram-se abaixo da média da população portuguesa ($\text{QM}=65$), sugerindo assim deterioração mnésica.

Conclusão

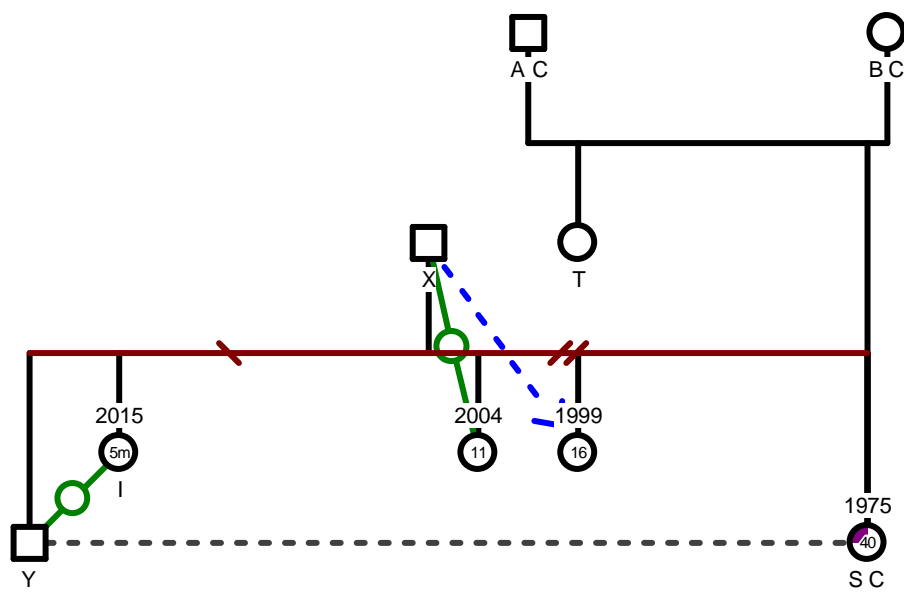
A análise dos resultados sugere alterações significativas das funções cognitivas, nomeadamente, da memória, capacidades visuomotoras, capacidades visuoperceptivas e capacidades grafo-perceptivas diminuídas, reenviando para possível quadro demencial.

A Psicóloga Orientadora

Dra. Fátima Lourenço

(Nº Cédula profissional – 649 O.P.P)

Anexo X – Genograma do caso “S”



Anexo XI – Genograma do caso “M”

