



Universidades Lusíada

Claro, Ana Maria Gil Branco, 1965-

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

<http://hdl.handle.net/11067/2180>

Metadados

Data de Publicação	2016-04-15
Resumo	O presente relatório tem como objetivo apresentar a aquisição, exploração e o desenvolvimento de novas competências inerentes à correlação da psicologia clínica com a neuropsicologia, para a obtenção do grau de mestre em psicologia clínica. O estágio académico foi efetuado no centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa, na unidade de neuropsicologia (CHPL). Neste documento, são abordados alguns temas como, a descrição da instituição e da sua população alvo, a caracterização da unidade hospitalar re...
Palavras Chave	Psicologia clínica - Prática profissional, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T09:20:29Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

Realizado por:

Ana Maria Gil Branco Claro

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente: Prof. Doutor José Leonel de Góis Horácio

Relatório aprovado em: 4 de Dezembro de 2015

Lisboa

2015



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

Ana Maria Gil Branco Claro

Lisboa

Outubro 2015



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

Ana Maria Gil Branco Claro

Lisboa

Outubro 2015

Ana Maria Gil Branco Claro

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Ana Maria Gil Branco Claro
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título	A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CLARO, Ana Maria Gil Branco, 1965-

A intervenção do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico / Ana Maria Gil Branco Claro ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Tília Rute Maia Cabrita ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Tília Rute Maia, 1972-

II - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário, 1953-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e Estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice

2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Study and teaching (Internship)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC467.95.C53 2015

Dedicatória

Em primeiro lugar, dedico o meu trabalho ao meu Deus pela inspiração, direção, motivação e capacidade académica.

Em segundo lugar, ao meu marido, por todo o apoio, disponibilidade e incentivo.

Por fim, a todos aqueles que acreditaram em mim e que de alguma forma, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida, queria expressar o meu agradecimento, a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram direta ou indiretamente nesta caminhada, contribuindo assim para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Coordenadora de curso de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, Professora Doutora Tânia Gaspar, pela ilustre dedicação, organização e coordenação da licenciatura e mestrado em Psicologia Clínica.

Agradeço à Professora Doutora Túlia Cabrita, a orientação, a paciência e as sugestões na elaboração do trabalho.

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Domingos por ter aceite a supervisão do meu estágio quase a meio do ano letivo, pela disponibilidade, compreensão, orientação e aconselhamento durante o estágio.

Agradeço à minha colega e amiga Damiana Santos, pela dedicação, apoio e partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes, e pelo seu exemplo.

Agradeço também aos meus colegas e amigos, Nuno, Sílvia e Helena que sempre estiveram ao meu lado nas horas mais difíceis.

Por fim, agradeço à minha família, que merece sempre um lugar de destaque na minha vida, pela paciência, compreensão e motivação.

“ Há um mundo a ser descoberto nos bastidores da mente humana; um mundo rico, sofisticado e interessante; um mundo que existe para além da massificação da cultura, do consumismo, da cotação do dólar, da tecnologia, da moda, do estereótipo da estética. Procurar conhecer este mundo é uma aventura indescritível.”

(Augusto Cury, 2007).

Resumo

O presente relatório tem como objetivo apresentar a aquisição, exploração e o desenvolvimento de novas competências inerentes à correlação da psicologia clínica com a neuropsicologia, para a obtenção do grau de mestre em psicologia clínica. O estágio académico foi efetuado no centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa, na unidade de neuropsicologia (CHPL).

Neste documento, são abordados alguns temas como, a descrição da instituição e da sua população alvo, a caracterização da unidade hospitalar referida e a descrição das atividades do psicólogo clínico dentro dessa mesma unidade.

São também descritos, os instrumentos utilizados na avaliação e na reabilitação neuropsicológica dos pacientes, e o modelo teórico que serve de base no acompanhamento psicológico.

Por fim, estão evidenciadas as principais patologias, que foram abordadas diariamente, no acompanhamento dos pacientes, inclusive dos dois estudos de caso. Estes últimos, estão devidamente documentados e demonstram o que foi a prática clínica no terreno, em termos de avaliação, acompanhamento psicológico e reabilitação cognitiva.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Neuropsicologia Clínica, Psicólogo Clínico, Patologia, Paciente, Reabilitação Cognitiva, Avaliação Neuropsicológica.

Abstract

This document presents the acquisition, exploration and development of new skills related to the correlation of clinical psychology and neuropsychology, for obtaining a master's degree in clinical psychology. The academic internship was conducted at the psychiatric hospital in Lisbon in the neuropsychology unit (CHPL).

This document will also address the characterization of the institution and its target population and the description of the activities of the psychologist clinic within that same unit.

The instruments used in the assessment and neuropsychological rehabilitation of patients and the theoretical model that underlies the counseling are also described.

Finally, the main pathologies that were addressed are discussed in the main in the daily monitoring of the two case studies. The case studies are properly documented and demonstrate what was the clinical practice in the field in terms of assessment, counseling and cognitive rehabilitation

Keywords: Clinical Psychology, Clinical Neuropsychology, Clinical Psychologist, Pathology, Patient, Cognitive Rehabilitation, Neuropsychological Assessment.

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Amostra/ Estudos de Caso</i>	84
Tabela 2. <i>Intervenção Terapêutica nos Estudos de Caso</i>	85
Tabela 3. <i>Avaliação/ Reabilitação realizadas durante o Estágio</i>	85
Tabela 4. <i>Avaliação da presença ou ausência de Déficit Cognitivo</i>	92
Tabela 5. <i>Atividades desenvolvidas/ Carga horária (VER APÊNDICE B)</i>	

Abreviaturas

APA- American Psychological Association

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

ECT – Eletroconvulsivoterapia

TAC – Tomografia

PHDA – Perturbação de Hiperatividade Défice de Atenção

HI – Hipoxia Isquémica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

PDPD – Perturbação Depressiva Persistente - Distimia

ISN – Inventário de Sintomatologia Neuropsicológico

MD01-R – Exame Neuropsicológico Revisto

Índice

Introdução	23
Caracterização	25
Caraterização da instituição	25
Caraterização da população	27
Unidade de Neuropsicologia.....	27
Enquadramento teórico	29
Psicologia clínica	29
Resenha histórica	29
Definição.....	30
Objetivo	32
Neuropsicologia clínica	32
Atividade do psicólogo clínico e a ética	33
Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico.....	33
A ética	34
Intervenção psicológica	35
Terapia cognitiva.....	35
Avaliação psicológica – ênfase neuropsicológica.....	38
Reabilitação Neuropsicológica	39
A psicologia/psicopatologia do envelhecimento.....	41
Psicologia do envelhecimento	41
Psicopatologia do envelhecimento.....	42
Envelhecimento	44
Tipos de envelhecimento - normal e patológico	51
Envelhecimento ativo	52
Fatores de proteção	54
Fatores de risco	58
Vínculo inseguro- privação materna no desenvolvimento infantil.....	58
Isolamento social	61
Solidão	62
O cérebro e a sua maturação	65
Patologias.....	68
Patologias neurológicas	68
Demência	68
Perturbação de hiperatividade/défice de atenção -PHDA.....	70

Hipoxia.....	72
Acidente vascular cerebral.....	73
Patologias emocionais.....	75
Depressão.....	75
Suicídio.....	77
Distímia.....	80
Objetivos de estágio.....	81
Método.....	83
Participantes.....	83
Instrumentos.....	85
Inventário da sintomatologia neuropsicológico - ISN.....	86
MD01 e MD01-Revisto.....	87
Escala Clínica da Memória de Weschler (ECMW).....	88
Três papéis de Pierre Marie.....	89
Token Test.....	89
Séries de Lúria.....	90
Prova do Relógio – Clock Drawing Test.....	90
Kettler Laurent Thirreau (KLT).....	91
Mini mental state examination (MMSE).....	91
Lista de sintomas de Hopkins (SCL-90).....	92
Procedimentos.....	93
Outras atividades desenvolvidas.....	96
Resultados.....	97
Estudo de caso A.....	97
Identificação.....	97
Proveniência.....	97
Motivo.....	97
Momento "zero".....	98
Antecedentes pessoais e familiares.....	98
Dinâmica social (Perfil do sujeito como individuo; relações inter/intrapessoais e ocupação).....	99
História clínica.....	99
Terapia farmacológica.....	101
Observação clínica.....	101
Avaliação neuropsicológica.....	102
Conclusão.....	103
Hipótese de diagnóstico.....	103

Plano de intervenção	105
Prognóstico	107
Intervenção.....	107
Análise e evolução das sessões	110
Discussão do caso A.....	111
Estudo de caso B.....	115
Identificação.....	115
Proveniência.....	115
Motivo do pedido	115
Momento "zero"	116
Antecedentes pessoais e familiares	116
História clínica	117
Observação psicológica	118
Avaliação neuropsicológica	118
Conclusão.....	119
Hipótese diagnóstica	119
Plano de Intervenção.....	121
Prognóstico	123
Intervenção.....	123
Análise e Progressão das sessões	126
Discussão de caso B.....	129
Conclusão.....	135
Reflexão	137
Referências.....	139
Apêndice A	
Apêndice B	
Anexo A	
Anexo B	

Introdução

O presente relatório, insere-se no âmbito do estágio académico de Mestrado em Psicologia Clínica, que decorreu na Unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), realizado no ano letivo de 2015.

O estágio curricular é um período muito desafiante e interessante na vida do estagiário, pelo facto de permitir a correlação entre os conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso escolar, e a integração de novos conhecimentos através da prática de novas experiências no terreno.

Este relatório está dividido em quatro secções: a primeira secção começa por apresentar uma breve abordagem sobre a funcionalidade do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), cujo foco se insere na funcionalidade interna e externa, em termos de apoio psiquiátrico à população adulta, da área da grande Lisboa. No seu funcionamento interno, é apresentado as suas diversas unidades, em particular a unidade de neuropsicologia. No seu funcionamento externo, é abordado um apoio psicológico em contexto neuropsicológico, no sentido da avaliação e reabilitação neuropsicológica aos pacientes recomendados por outras especialidades.

Na segunda secção, é abordado todo o enquadramento teórico: começando pela descrição do aparecimento da psicologia clínica, a sua definição e o seu objetivo; a importância dos diversos tipos de atividades exercidas pelo psicólogo clínico, em contexto neuropsicológico, desde a sua formação, rigor deontológico e ético no seu exercício; o tipo de intervenção psicológica na relação terapeuta-paciente, onde é abordado o modelo teórico de base, utilizado no acompanhamento psicológico, na unidade de neuropsicologia; a avaliação psicológica e as suas técnicas de intervenção inerentes à neuropsicologia; a psicologia e a psicopatologia do envelhecimento, desde

o seu processo normal e ativo ao seu processo patológico.

Ainda são mencionados os fatores de proteção para um envelhecimento saudável e normal, no sentido de proporcionar uma maior qualidade de vida, e os fatores de risco como, o vínculo inseguro, o isolamento social e a solidão; a noção sobre o desenvolvimento do cérebro em termos da normalidade e a sua maturação, ao longo da vida do ser humano; é também fornecida uma breve informação sobre as patologias inerentes aos dois casos clínicos, acompanhados na unidade de neuropsicologia e por último, os objetivos do estágio.

A terceira secção, contém todo o trabalho experimental, onde se procede à descrição do método utilizado: os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos.

Por último, é apresentada a discussão entre os resultados obtidos, a reflexão final, a conclusão e a revisão bibliográfica adquirida.

Caracterização

Caraterização da instituição

O Hospital Miguel Bombarda, fundado em 1848, foi o primeiro hospital psiquiátrico de Portugal.

Posteriormente, nasceu o hospital Júlio de Matos, dentro do hospital Miguel Bombarda tendo na sua criação dois grandes impulsionadores, o Médico Psiquiatra Júlio de Matos e o empresário Higinio Salgado de Araújo. Este empresário tinha passado pela experiência de internamento à força pelos seus sócios, no Hospital de Rilhofes onde percebeu as condições precárias em que viviam os doentes ali institucionalizados. Sensibilizado, quis contribuir para um melhoramento profundo dessa mesma realidade, doando alguns dos seus terrenos em testamento, para a construção de um novo Hospital Psiquiátrico. Com a morte de Miguel Bombarda, Júlio de Matos-médico psiquiatra residente no Porto, foi chamado a Lisboa, para juntamente com a doação do empresário Higinio Salgado de Araújo, se procedesse à construção do novo projeto, para um moderno hospital psiquiátrico- o hospital Júlio de Matos. Este nasce em 1913, com a denominação de Novo Manicómio de Lisboa, cujo objetivo fulcral, era o atendimento de indivíduos com patologia psiquiátrica. Atualmente, ainda é considerado um dos melhores hospitais da Europa. Ganhou uma grande dimensão relativamente ao desenvolvimento da medicina, transformando-se num palco de várias iniciativas, tais como, a instalação da primeira Unidade de Psicocirurgia Portuguesa, onde o Professor Egas Moniz acabou por desenvolver as técnicas de angiografia cerebral e lobotomia.

Foi também palco da primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia, e mais tarde recebeu o Congresso Internacional de Psicocirurgia, presidido pelo norte-americano

Walter Freeman, encontro este, onde Egas Moniz foi proposto ser o nobel de Fisiologia/Medicina, no qual o título lhe foi atribuído em 1949.

Em Outubro de 2007, surge o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) como estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, sendo constituído por 33 pavilhões e espaços verdes que ocupam cerca de 20 hectares. O centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa é designado por um hospital psiquiátrico e de saúde mental, criado pela portaria nº 1373/2007 de 19 de outubro, resultante da junção entre os antigos hospitais - Júlio de Matos e Miguel Bombarda- é considerado um estabelecimento público de serviço nacional de saúde -dotado de personalidade jurídica e autonomia financeira.

A instituição CHPL- é regida através de valores de humanização e personalização na prestação de cuidados, utilizando como máxima o respeito e a dignidade individual de cada doente, tendo como objetivo primordial a promoção de saúde mental na comunidade, fazendo a ponte com outras redes sociais de suporte como, autarquias, segurança social e outras instituições comunitárias. As respostas dadas pelo centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa, elaboram-se através de dois regimes: regime ambulatorio e o regime de internamento. O regime de internamento engloba programas específicos de âmbito transversal, orientados por patologia. O desenvolvimento de redes de serviços locais organizados por setores geodemográficos incluindo áreas funcionais de intervenção comunitária e de consultas externas, assim como também o desenvolvimento de programas ao nível da reabilitação adaptados às necessidades específicas dos doentes residentes, promovendo desta forma a desinstitucionalização.

Caraterização da população

A população do novo CHPL, é caraterizada por jovens adultos, adultos e idosos cuja faixa etária, varia entre os 20 e 80 anos, residem tanto na sua área de influência direta, (Lisboa- 1.057.406 habitantes), como na sua área de influência indireta (Beja e Faro - 603.704 habitantes), onde recebem todo o apoio necessário na área da saúde mental. Estes pacientes são encaminhados à Unidade de Neuropsicologia através dos seus médicos assistentes (família ou psiquiatras) para a realização de provas de avaliação neuropsicológica e de reabilitação neuropsicológica. Por norma, apresentam patologias como depressão, bipolaridade, esquizofrenia, hipoxia, hiperatividade, AVC's, diversas demências, entre outras.

Os cuidados especializados de saúde mental na unidade são prestados por equipas multidisciplinares qualificadas, garantindo respostas necessárias a todos os indivíduos de doença mental, durante todo o ciclo da sua doença. Através destes cuidados de saúde e do desenvolvimento de diversas atividades, são assegurados os contratos-programa celebrados em articulação com outras Instituições.

Unidade de Neuropsicologia

Dentro desta instituição (CHPL), está inserida a unidade de neuropsicologia, no pavilhão 17A, juntamente com as unidades de electroconvulsivoterapia, electroencefalografia e neurofisiologia, sendo composta por salas destinadas às diferentes especialidades de cada serviço (secretaria/receção, 1 sala de electroconvulsivoterapia, 1 gabinete para consulta de neurologia, 1 sala para coffee break, duas salas de realização de electroencefalograma, 2 wcs e 3 gabinetes de neuropsicologia). Funciona em regime ambulatorio, dando uma resposta hospitalar não médica da psicologia, encontrando-se focada em dois aspetos fulcrais,

nomeadamente, clínica e a investigação, porém o aspeto clínico apresenta-se sempre com um valor preferencial. É constituída por um coordenador clínico neuropsicólogo e três psicólogas/neuropsicólogas.

Apesar desta unidade se enquadrar nas consultas externas, a assistência clínica oferecida por esta unidade abrange não só pacientes provenientes da consulta externa, mas também os doentes internados no centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa (agudos e crónicas residentes), os utentes provenientes do serviço de psiquiatria forense (pedidos de exames periciais médico-legais), do serviço de electroconvulsivoterapia (quando necessária avaliação neuropsicológica pré ou pós tratamento por ECT) e os pacientes provenientes dos cuidados de saúde primários ou de outros hospitais gerais.

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

Resenha histórica

A psicologia clínica teve a sua origem nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial, embora o seu termo psicologia clínica já estivesse presente nas problemáticas e nos métodos de outras especialidades. Deste modo, a psicologia clínica apareceu num contexto científico, cuja noção de clínica já possuía uma qualificação e definição no campo da medicina, onde lhe servia de suporte e fonte de inspiração. No fim do século XVIII, a clínica médica aparece como uma nova disciplina, no qual permitiu o abandono dos velhos sistemas de pensamento, devido à nova diferenciação das relações entre o olhar, o saber e o discurso. (Foucault, 1972 cit. Pedinielli, 1999).

Foi no século XIX, que o desenvolvimento da psiquiatria clínica contribuiu para o surgimento da psicologia clínica. Os autores Pinel, Tuke e Tush, contribuíram para a interpretação psicológica da loucura, através do seu humanismo. Por um lado, foram, a constituição da individualidade como objeto científico, o apagamento dos grandes sistemas dogmáticos e a necessidade de descrever e ordenar os factos antes de os explicar, que contribuíram para o aparecimento de uma psicologia clínica. Por outro lado, através dos psiquiatras que com o seu apelo fulcral, levaram à utilização de conhecimentos psicológicos na compreensão da doença mental. Kraepelin, quis ajustar à situação clínica da psiquiatria, uma psicologia aplicada.

Ligtner Witmer (1867-1956), fundou nos Estados Unidos da América, a primeira psicologia clínica onde apresentou a nova disciplina com um novo método clínico em psicologia e o método diagnóstico no ensino, numa reunião anual da American

Psychological Association, APA, no tratamento de crianças deficientes (Garfield, 1965 cit. Isabel Leal). Pierre Janet (1851-1947) mencionou pela primeira vez, o termo psicologia clínica no início do volume II de neuroses e ideias fixas.

Definição

A psicologia clínica é um campo complexo, tanto em relação ao comportamento como em relação à emoção humana, representa assim um esforço integrado no sentido de compreender a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, que conduzem o nosso comportamento (Plante, 2011).

Alguns autores, defendem que a psicologia clínica deveria ser distinta das atividades que não são congruentes com o termo procedimento clínico ou método clínico. Outros, mais pragmáticos, incluem nela atividades mais concretas, técnicas e conhecimentos inerentes a vários domínios, indo desde a doença às dificuldades de adaptação. Apesar desta diferenciação, a psicologia clínica tem em simultâneo uma particularidade comum a todas, a de ser uma atividade prática e de conhecimentos comuns. Esta dualidade, tem algumas consequências contrariamente a outras disciplinas, uma vez que a psicologia clínica é mais abrangente e não está restrita a uma só teoria numa atividade prática, nem à construção de um único conjunto de conhecimentos, ou ao raciocínio hipotético-dedutivo (Pardinielli, 1999).

Henri Piéron, (1968) definia a psicologia clínica como uma ciência da conduta humana, na qual o seu foco principal era baseado na observação e na análise aprofundada dos casos individuais, normais e patológicos estendendo-se aos grupos. (Garfield, 1965 cit. Leal, 2008) defendia na mesma época, que a psicologia clínica era um ramo da psicologia, no qual se interessava pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade. Anos mais tarde, (Shakow, 1975 cit. Leal, 2008),

definia a psicologia clínica, como uma área do conhecimento e de competências cujo objetivo, era ajudar pessoas com desajustamentos comportamentais ou perturbações mentais, proporcionando-lhes modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de autoexpressão.

Posteriormente (Desai, 1967cit. Leal, 2008), num artigo intitulado *the concept of clinical psychology*, afirmava que a psicologia clínica em termos de conhecimento e habilidades, será ajustada a escola(s) de pensamento psicológico que lhes sejam congruentes, o que a torna difícil a sua definição. (MacKay, 1975 cit. Leal, 2008).

Somente a partir dos anos 70, devido a um progresso em termos de institucionalização da psicologia em geral e da psicologia clínica em particular, começaram a desaparecer as diversas definições. Lightner Witmer em 1896, apresentou numa reunião anual da American Psychological Association (APA), um novo método de investigação “o método clínico em psicologia e o método diagnóstico no ensino” (Garfielg, 1965 cit. Leal, 2008).

A APA é perentória em afirmar expressamente que:"o campo da psicologia clínica integra ciência, teoria e prática para entender, prever e aliviar o mau estar, inabilidade e desconforto bem como promover a adaptação, o ajuste e o desenvolvimento pessoal. A psicologia clínica foca-se essencialmente nos aspetos: intelectual, emocional, biológico, psicológico, social e comportamental, durante toda a vida em variadas culturas e em todos os níveis socioeconómicos. "

(Anzieu, 1983 cit. Pedinielli, 1999), definiu a psicologia clínica com um conceito mais amplo: "*Ela é uma psicologia individual e social, normal e patológica; diz respeito ao recém-nascido, ao adolescente, ao jovem adulto, ao homem maduro e, por fim, ao ser que envelhece e que morre.*"

Objetivo

O objetivo da psicologia clínica, é avaliar, diagnosticar, ajudar e tratar o sofrimento psíquico do paciente independentemente da sua origem (doença mental, disfunções, traumatismos, acontecimentos da vida, mal-estar interior...). A sua atividade baseia-se em métodos clínicos, inclusive, o estudo de casos, a observação dos comportamentos e a análise dos discursos sem utilizar a experimentação (controlo dos comportamentos através da reprodução). Deste modo, a psicologia clínica é designada por uma dualidade, entre um conjunto de conhecimentos validados, resultantes de um determinado tipo de prática, sendo que parte desses conhecimentos derivados do método clínico não são apenas inerentes ao domínio do sofrimento ou dificuldade, mas sim, da psicologia geral. (Pardinielli, 1999).

Atualmente, tem havido um melhoramento na pesquisa realizada pelos psicólogos clínicos, no sentido de uma melhor compreensão do impacto da genética e do ambiente, relativamente à modelagem das perturbações psicológicas e no fornecimento de uma orientação aos terapeutas sobre quais os métodos de tratamento que são suscetíveis de serem mais eficazes com cada categoria de perturbações (Bernstein, Clarke-Stewart, Penner & Roy, 2014).

Neuropsicologia clínica

Resenha histórica

No ano 1870, nasceu a neuropsicologia após a convergência da teoria associacionista e da doutrina das localizações. O termo neuropsicologia foi atribuído a Osler (1913). No século XX, houve a retoma das teses anti-localizacionistas, mas só depois da Segunda Guerra Mundial, é que a neuropsicologia se constituiu como uma disciplina do estudo do comportamento-cérebro e do desenvolvimento das técnicas da

psicologia experimental (Siksou, 2008).

A neuropsicologia pertence a um dos ramos das neurociências que estuda a relação cérebro-comportamento. Nela, o termo "comportamento" tem um espectro mais alargado na medida, em que nele se inclui o estudo das funções mentais superiores e o estudo da emoção.

O objetivo da neuropsicologia, é compreender toda a dinâmica dos diferentes mecanismos cerebrais inerentes às funções cognitivas nomeadamente da linguagem, da atenção, da memória, da resolução de problemas, (...). Foi através da abordagem da relação cérebro-comportamento, que houve a necessidade de emergir um trabalho interdisciplinar da neuropsicologia com a neurologia, a psicologia cognitiva e a neuropsiquiatria (Manning, 2012).

Ao contrário de outros ramos científicos, a neuropsicologia tem como benefício o estudo do pensamento, que conduziu ao atual conceito de organização cerebral da função, independentemente do método utilizado. Assim sendo, a descrição clínica de um paciente do século XIX, baseada na observação e em alguns testes, conserva a sua pertinência, mantendo-se válidos os ensinamentos dessa mesma descrição (McCarthy & Warrington, 1990). A mestria com o qual se examinam os pacientes e a sua conclusão concisa, são o elemento central tanto na atualidade como há 120 anos atrás (Manning, 2012).

Atividade do psicólogo clínico e a ética

Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

A atividade do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico, engloba não só fazer a avaliação psicológica como também exercer um acompanhamento de uma intervenção terapêutica e de prevenção, tanto ao nível individual como em grupo.

Estes profissionais de saúde, são dotados de uma formação académica em psicologia e de uma especialização profissional ou de investigação. O rigor da formação destes profissionais implica uma duração superior a 5 ou 8 anos, incluindo estágios em entidades especializadas (Siksou, 2008).

A ética

As atividades e as conceções do psicólogo clínico variam consoante os locais de trabalho com os doentes, mas de uma maneira geral, elas estão sempre reunidas, além da avaliação e do diagnóstico, também a prática das terapias ou das reeducações, o aconselhamento, a intervenção institucional e a atividade de investigação e de formação de outros psicólogos (Pedinielli, 1999). Complementarmente, o psicólogo clínico pode exercer um acompanhamento neuropsicológico, nomeadamente dentro de uma unidade de neuropsicologia hospitalar. A formação do psicólogo clínico é muito complexa e crucial devido à diversidade da Psicologia. Esta é corroborada de divergentes perspetivas teóricas e metodológicas inerentes à origem da sua prática. Neste sentido, é importante para estes profissionais através da sua formação, encontrarem entre si, pontos comuns e consensuais, desenvolvendo uma consciência crítica, capacidade de refletir e atuar, sobre a realidade em que estão inseridos (Dutra, 2009).

Um dos aspeto fulcrais e inerentes a todos os profissionais é o cumprimento do código deontológico em toda a sua atividade profissional.

No campo da Psicologia em geral, o propósito fulcral de um código de conduta profissional, passa por definir padrões de comportamento para psicólogos em relação aos clientes, colegas e ao público em geral. Não está cingido somente a estabelecer um monopólio, um benefício ou um estatuto social (Francis, 2004).

O código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses, atualmente tem como objetivo, integrar os princípios éticos da atividade profissional em psicologia, em qualquer contexto ou área de aplicação, no sentido de guiar estes profissionais a práticas de excelência, garantindo um exercício profissional excelente ao invés do mínimo aceitável. Eticamente, qualquer profissional incluindo tanto o neuropsicólogo como o psicólogo clínico, devem respeitar as regras deontológicas do seu código profissional, cujos princípios básicos são por natureza os seus orientadores, no sentido de os guiar e inspirar para uma atuação centrada nos ideais da intervenção psicológica. Estes princípios gerais, denominam-se como a moral comum da psicologia, ou seja, a moral compartilhada pelos/as psicólogos/as portugueses/as, definindo-se por duas categorias: princípios gerais deontológicos e princípios deontológicos específicos. Os princípios gerais deontológicos são; o respeito pela dignidade e direitos da pessoa; a competência; a responsabilidade; a integridade e a beneficência e não maleficência. Os princípios deontológicos específicos são; o consentimento informado; a privacidade e confidencialidade; as relações profissionais; a avaliação psicológica; a prática e intervenção psicológicas; o ensino, formação e supervisão psicológica e a investigação e declarações públicas. (Diário da República, 2011).

Intervenção psicológica

Terapia cognitiva

A Psicoterapia de apoio, está predominantemente presente nas atividades diárias dos psicólogos e terapeutas, independentemente das suas formações teóricas de base (Leal, 2008).

Na intervenção psicológica existe uma diversidade de formas de intervenção

terapêutica através dos mais variados modelos teóricos, um dos modelos utilizados pelo psicólogo clínico pode ser o modelo cognitivo, cujos pressupostos da relação terapêutica são comuns a todas as terapias, como a empatia, a escuta ativa, não julgar o paciente, a confidencialidade, o sigilo e a aceitação incondicional.

No caso da terapia cognitiva, esta é baseada num método psicoterapêutico fundamentado no modelo cognitivo, no qual a emoção e o comportamento são influenciados de acordo com a interpretação do indivíduo, face aos acontecimentos inerentes. A terapia cognitiva, está mais focada na interação recíproca da relação entre os pensamentos, os estados de humor, comportamentos, reações físicas e o ambiente, embora o elemento central na compreensão dos problemas do indivíduo seja a cognição (Greenberger; Padesky, 1999).

No início da década de 1960, Aaron Beck, desenvolveu esta terapia com o objetivo de encontrar uma base empírica que fundamentasse a teoria da melancolia de Freud, no qual, durante a sua experiência com pacientes depressivos, percecionou minuciosamente as características negativas do pensamento depressivo. Lentamente Beck foi estruturando um modelo cognitivo da depressão (Beck, 1967), no qual, resultou o livro terapia cognitiva da depressão (Beck et al., 1997cit. Cordioli, 2008).

A terapia cognitiva diferencia-se de outras abordagens devido às suas características individuais, caracterizando-se por uma abordagem: *Ativa*- o terapeuta interage com o paciente, no sentido de este identificar e modificar os seus pacientes; *Diretiva*- é dirigida aos problemas apresentados no aqui e agora, onde se trabalham os pensamentos, sentimentos e comportamentos atuais do paciente. Apenas se busca a sua história passada para uma maior compreensão das suas crenças; *Psicoeducativa*- o terapeuta ensina o paciente o modelo cognitivo, a natureza dos problemas, o processo terapêutico e a prevenção de recaída; *Breve*- normalmente após a 16ª e a 20ª sessões é

visível uma melhoria dos transtornos do eixo I. O número de sessões variam consoante a experiência do terapeuta, a gravidade dos problemas e as características da personalidade do paciente, utilizam-se tarefas de casa como atividade integrada no processo terapêutico e técnicas cognitivas-comportamentais para a modificação das crenças do paciente (Beck, 1997 cit. Rangé & Sousa, 2008).

Os elementos básicos de uma sessão da terapia cognitiva, passam por: uma breve avaliação do humor e uma verificação do uso da medicação quando aplicável; fazer a ponte com a sessão anterior; estabelecimento de agenda, revisão da tarefa de casa; discussão dos tópicos estabelecidos; indicação de nova tarefa de casa; resumo e feedback da sessão (Beck, 1997 cit Rangé & Sousa, 2008). A eficácia do processo terapêutico, depende assim, da eficiência de um plano conciso de tratamento cujos tópicos inerentes são: conceptualização do problema; educação do paciente sobre o modelo cognitivo; desenvolvimento de uma relação empática e colaboradora; motivação do paciente para o tratamento; estabelecer metas; realização de várias intervenções cognitivas e comportamentais e induzir esforços para a prevenção de recaídas.

Medeiros (2002), defende a importância de que na relação terapêutica o terapeuta é que deve modelar o comportamento do paciente dentro da sessão, usando técnicas exclusivas de reforços naturais e não arbitrários, caso contrário, o paciente passa a controlar o terapeuta quebrando dessa forma a relação entre comportamento e consequência.

Avaliação psicológica – ênfase neuropsicológica

A avaliação psicológica em contexto da neuropsicologia, é de extrema importância em situações de diagnóstico, na elaboração de um programa de reeducação e no caso de um longo acompanhamento permite avaliar a evolução da reabilitação cognitiva (Siksou, 2008).

A avaliação neuropsicológica é uma avaliação psicológica mais complexa, porque exige do profissional não só, a sua formação sólida em psicologia clínica como também uma especialização e treinamento específicos, em termos de contexto e conhecimento do sistema nervoso e suas patologias (Lezark, 1995 cit. Cunha, 2000).

Este tipo de avaliação além de ser um contributo científico, possui um alcance clínico e social. A atividade de avaliação neuropsicológica aplica-se a uma grande diversidade de situações. Estas práticas englobam pessoas com um funcionamento com ou sem patologia. No caso de o funcionamento ser normal, temos por exemplo: crianças com dificuldades escolares, perturbações de atenção ou de aprendizagem da leitura. Estas disfunções não indicam necessariamente uma patologia. (Siksou, 2008). Nestes casos, a avaliação neuropsicológica permite identificar eventuais dificuldades e distinguir perturbações específicas. O mesmo acontece no envelhecimento normal, em que as estratégias mnésicas adequadas, contribuem para uma melhor adaptação dos indivíduos no seu dia-a-dia. Nestes casos a análise metacognitiva e a aprendizagem de estratégias adequadas, minimizam a disfuncionalidade. No caso do funcionamento patológico a avaliação neuropsicológica, permite recolher informações sobre as alterações cognitivas e comportamentais nos mais diversos doentes (Sikson,2008).

As práticas mais usadas prendem-se às patologias cerebrais por lesões, tumores ou

traumatismos. No entanto, muitas patologias somáticas têm também repercussões ao nível cerebral, o que seria desejável a aplicação da avaliação a pessoas com (hipertensão, diálise, patologias cardíacas, hepáticas, etc.). Além de que, a neuropsicologia clínica permite compreender de outra forma quadros mais críticos como (paralisia cerebral, atrasos de desenvolvimento, epilepsia e autismo). De acordo com a ótica da neuropsicologia, deveria ser desenvolvida uma avaliação específica para recém-nascidos e crianças pequenas, no sentido da prevenção e de um tratamento precoce mais adequado (Siksou, 2008).

Em resumo, no contexto da neuropsicologia, cabe ao neuropsicólogo clínico a responsabilidade de perceber quais são as áreas cerebrais que estão preservadas ou alteradas, através da aplicação do exame neuropsicológico constituído por diversas provas psicológicas, que avaliam as consequências cognitivas, emocionais e comportamentais das lesões cerebrais (Manning, 2011).

Reabilitação Neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica é uma das intervenções do psicólogo clínico, em contexto neuropsicológico. É definida como um conjunto de técnicas de intervenção cujo objetivo é permitir ao indivíduo vítima de lesão encefálica ou com alguma perturbação psiquiátrica, alcançar maior independência e qualidade de vida através da melhoria dos seus processos cognitivos, emocionais e sociais (Wilson, 2003 cit. Rodrigues, 2015).

Neste sentido, existem quatro tipos de abordagens que poderão estar na origem de cada uma das intervenções de reabilitação, como por exemplo: a abordagem holística-que trabalha o indivíduo como um todo - experiência subjetiva do paciente e os seus sintomas ativos, Prigatano (1999) é um dos principais defensores desta abordagem; a

abordagem não- holística- que trabalha apenas a recuperação das aptidões cognitivas em défices através da psicoeducação; a abordagem uni ou multimodal – que trabalha apenas um aspeto cognitivo (por exemplo a atenção) ou intervém em diversos aspetos cognitivos no mesmo programa de treino; e a abordagem top-down – esta abordagem interessa-se mais pela regularização do desempenho deficitário e limitativo do paciente no seu quotidiano (Rodrigues, 2015).

Apesar dos vários tipos de intervenção, a reabilitação neuropsicológica é primordialmente possível devido à inserção de dois conceitos fundamentais, são eles: a plasticidade cerebral e o princípio da transferência. O primeiro, está relacionado com a capacidade regeneradora que o cérebro tem através das experiências subjetivas do sujeito, reformulando as suas conexões em função dos fatores e das necessidades do meio ambiente. O segundo, é entendido quando um domínio cognitivo, tarefa ou habilidade não treinada, melhora como o resultado da reabilitação exercida noutro domínio (Dahlin et al, 2009).

Toda a intervenção independentemente do tipo de abordagem, tem metas a curto, médio e longo prazo, o que gera a necessidade de estabelecer objetivos bem definidos para um tratamento mais eficaz. McMillan e Sparkes (1999), defendem quatro princípios fulcrais para se atingirem os objetivos delineados no plano de reabilitação. O primeiro, relaciona-se com o paciente, ele deverá ser a referência na definição dos seus objetivos. Em segundo, as metas devem de ser estabelecidas de acordo com as características do paciente. Em terceiro, analisar o comportamento do paciente face ao acontecimento do objetivo alcançado. Por fim, a existência de coerência em relação às metas específicas, ao alcance dos objetivos e ao prazo definido. Os objetivos devem de ser específicos, mensuráveis, realizáveis, realistas e exequíveis estimando um tempo determinado para cada paciente, sendo aconselhável a realização de

reavaliações periódicas dessas metas (Wilson, 2009 cit. Rodrigues, 2015).

A reabilitação neuropsicológica realiza-se através de técnicas de papel e lápis ou técnicas informatizadas. As técnicas informatizadas estão inseridas em um programa computadorizado denominado - *Rehacom*. Este é um programa de treino, aprendizagem, estimulação e reabilitação cognitiva. Tem como objetivo reduzir a incapacidade cognitiva do paciente resultante de lesões cerebrais, tornando-o progressivamente o mais autónomo e independente possível. A terapia neuropsicológica informatizada distingue três áreas: restituição de funções, compensação de funções e substituição através de funções inatas. O treino deverá ser orientado consoante a especificidade da disfunção. Este programa é composto por um sistema diversificado que permite um treino específico dos vários domínios cognitivos, que são: Atenção/Concentração, Atenção distribuída; Capacidade de Concentração; Vigilância; Comportamento reativo; Memória Topológica; Coordenação visuo-motora; Velocidade de processamento e exatidão de Informação; Coordenação visuo-constructiva; Resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias. O treino é realizado de forma individualizada e personalizada em conformidade com a disfunção ou défice cognitivo. (Magdenburg & Modling, 2000).

A psicologia/psicopatologia do envelhecimento

Psicologia do envelhecimento

A psicologia do envelhecimento define-se pelo termo “senescência”. Neste campo os investigadores anglo-saxónicos usam a abordagem “*long life-span*” definida por se centrar na “vida inteira” de uma pessoa. Esta abordagem insiste nomeadamente na observação profunda das modificações psicológicas ao longo de toda a vida. Baseia-se fortemente no princípio de Freud, defendendo que toda a estrutura mental se constrói

durante a infância no qual, ao longo de toda a vida independentemente do resultado, aprendemos a “viver com”. Assim, toda a compreensão do envelhecimento requer uma abordagem de “vida inteira”. Em contrapartida, a corrente de psicologia francófona defende a ideia de que, a evolução da pessoa se deteriora no fim da adolescência, sendo o envelhecimento um fenómeno de involução ou seja, de regresso à infância (Rogers Fontaine, 2000).

A psicologia do envelhecimento representa de certa forma, o contributo dos psicólogos na gerontologia. É uma disciplina rica em diversos métodos e abordagens com contornos muito complexos. (Reuchlin, 1966 cit. Fontaine, 2000), afirma que não se deve falar em “psicologia” mas sim, de “psicologias”. Segundo o autor, para definir uma psicologia são necessários vários critérios como, a especificidade dos temas que esta aborda, (trata-se de homens, animais, crianças, jovens, idosos, doentes, pessoas normais...). A psicologia do envelhecimento foca-se essencialmente no ser humano, comparando a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adulto e do idoso: estuda a senescência (envelhecimento normal) e a senilidade (envelhecimento patológico); define as dimensões psicológicas (inteligência, linguagem, memória, personalidade, etc.); e atua em muitos domínios, tais como, a melhoria do quadro de vida, a adaptação dos postos de trabalho, inclusive a indústria, a luta contra os efeitos da idade e ainda faz o acompanhamento no falecimento (Fontaine, 2000).

Psicopatologia do envelhecimento

O estudo das perturbações do funcionamento psicológico está inerente à psicopatologia, ou à psicologia da anormalidade como muitas vezes é denominada. A sua definição ainda é alvo de muita controvérsia e incongruência nos dias de hoje.

Para alguns autores, a psicopatologia é apenas uma questão de desvio estatístico, ou seja, suporta comportamentos que se afastam da norma em termos de frequência e de intensidade. Para outros, os diversos tipos de psicopatologia são designados qualitativamente diferentes da norma, ou seja, os sintomas são mais significativos do que meras versões de intensidade ou frequência de padrões ocorrentes de forma natural. No entanto, de um modo geral, não é possível afirmar que os sintomas psicopatológicos representam um padrão qualitativamente diferente da norma, devido a que as situações integrantes da psicopatologia são muito heterogêneas, o que implica frequentemente nos profissionais de saúde mental, uma profunda angústia e debilitação. (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2011).

Deste modo, qualquer indivíduo pode entrar em qualquer momento da sua vida num processo patológico o que difere de um estado patológico (Birren & Renner, 1980 cit. Fontaine, 2000). Segundo estes autores, este processo engloba seis características: degradação da autoestima; declínio da adaptação da própria representação da realidade; diminuição do domínio do ambiente; perda de autonomia; aparecimento de desequilíbrios na personalidade e o declínio da capacidade de mudança. (Birren & Renner, 1980 cit. Fontaine, 2000).

De acordo com a autora Alessandra Lemma (1996), definir o termo de psicopatologia é algo minucioso no qual, para se diagnosticar uma psicopatologia é necessário aplicar exames, ter noções de saúde mental e respeitar as crenças do paciente. O termo psicopatologia geralmente refere-se a doentes com comportamentos desviantes e estados de stress que interferem com a sua adaptação, American Psychiatric Association's (1994). A linha entre a saúde mental e a doença mental é muito ténue (Lemma, 1996).

As perturbações mentais já existiam desde há muitos milénios, muito antes dos profissionais de saúde mental aparecerem. O documento médico mais antigo foi o Papiro de Eber (escrito por volta de 1999 a. c.) referindo-se às doenças mentais como a depressão (Andressen & Black, 1996 cit. Gleittman, Fridlund, Reisberg, 2011). Mais tarde, no fim do século dezanove, surge a hipótese somatogénica - doença mental como causa orgânica, esta descoberta permitiu conhecer a causa orgânica de um tipo de psicose, muito frequente e debilitadora - a paralisia geral - declínio geral das funções físicas e psicológicas que culminam com lentidão e profundas aberrações da personalidade. (Dale, 1975).

Envelhecimento

Envelhecer é um processo natural inerente a qualquer organismo vivo e neste contexto estão inseridos a maior parte dos pacientes da Unidade de Neuropsicologia. O Homem enquanto espécie viva, também envelhece, começando o processo de envelhecimento desde a gestação, embora a forma como envelheça se distinga das outras espécies. Nomeadamente, pela *“influência da cultura, da sociedade de referência, da comunidade, do sentido de pertença e da condição de vida”* própria de cada um. Assim, *“Envelhecer é natural. Já o modo de envelhecer, não o é.”* (Tomás, 2012 cit. Ramiro, 2013).

Ao longo dos tempos, várias foram as formas de se encarar a velhice e o idoso. No oriente por exemplo, o velho tinha estatuto de ancião, era respeitado e venerado pelos mais novos como fonte de conhecimento e sabedoria (Cruz, Fontes, Santos & Bergo, 2003 cit. por Rodrigues, 2013). Com o passar dos séculos, por todo o mundo se tem assistido ao desenrolar da ciência e à sua conquista sobre os povos, seus hábitos, costumes e tradições. A sua evolução tem sido vertiginosa, o que tem propiciado o

relegar da sabedoria dos mais velhos para segundo plano (Veras & Caldas, 2004 cit. Dias, 2013).

Do mesmo modo, o capitalismo nasceu, desenvolveu-se e contribuiu para o desenvolvimento da ciência. Inundou a humanidade com as suas noções de produtividade e lucro, distanciando cada vez mais o idoso de um papel social significativo. As capacidades de quem envelhece diminuem gradualmente, quanto aos requisitos de produção e competição, e numa perspetiva cruel, nos últimos anos, os idosos, têm sido associados a senis, inativos, fracos e inúteis para a sociedade – apelidados por alguns de “peste branca” e “cancro social” (Rosa, 1993; Martins e Santos, s/d cit. Dias, 2013). Neste contexto social em que a velhice é caracterizada de forma depreciativa, em que o idoso é tido como sinónimo de fracasso, doença e sofrimento, é natural que culmine *“num idoso excluído, que assimila essas características e reage às mesmas de diversas formas, num espectro que varia da passividade, do comportamento depressivo e do isolamento social, à postura agressiva, rebelde e intransigente”* (Aranha, 2007 cit. Guerra & Caldas, 2010).

É de certa forma irónico, que a progressão da ciência tenha propiciado uma perspetiva deficitária quanto ao idoso, já que a própria ciência alcançou o feito de aumentar o tempo médio de vida humana em cerca de 30 anos durante o séc. XX (Veras & Caldas, 2004 cit. Dias, 2013). Diz o provérbio que *“viver não custa, custa é saber viver”*, e nesse sentido a ciência ainda não iluminou completamente o caminho quanto às diretrizes que possibilitem o viver melhor, já que viver mais não é necessariamente o mesmo que viver melhor (Laranjeira, 2007 cit. Dias, 2013). Assim, as investigações que focam as condições e saúde dos idosos pautam-se da maior relevância pelo contributo que poderão propiciar ao conhecimento científico capaz de engrandecer os níveis de qualidade de vida após os 65 anos (Paúl, Fonseca, Martín &

Amado, 2005 cit. Dias, 2013).

As pesquisas referentes a esta faixa etária são também pertinentes se se considerar o trajeto do crescimento demográfico. Verifica-se ao nível mundial um envelhecimento demográfico agudo – diminuição drástica do peso das gerações mais novas a favor das gerações mais velhas (Bandeira, et al., 2012 cit. Ramiro, 2012).

Nos anos 50, calculou-se que haveria cerca de 204 milhões de idosos em todo o mundo, em 1998 o número já ascendia para 579 milhões, e para 2025 a OMS prevê que o mundo será pisado por 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007 cit. Dias, 2013). Bernad 2008 cit. Pereira, 2012) afirma que a Europa lidera esta tendência com uma estimativa para 2050 na ordem dos 33% de população idosa. Na sua particularidade, Portugal de 1960 a 1998 assistiu a um decréscimo de 35,1% na população mais jovem e um aumento de 114,4% relativamente à população mais velha. Em 2002, haveria já 114 pessoas com mais de 65 anos por cada 100 jovens dos 0 aos 14 anos, e em 2004 constatava-se já uma população idosa a representar 16,5% da população estimando-se que em 2020 possa atingir os 18,1% (Fonseca & Paúl, 2008 cit. Dias, 2013). Contudo, já os Censos de 2011 revelaram uma percentagem de 19,2% de pessoas com mais de 65 anos a viver em Portugal (INE, s/d cit. por Pereira, 2012).

As Nações Unidas (world population ageing, 1959-2050 – economics and social affairs, 2001 cit. Ramiro, 2012) previram para 2025 uma população de 1800 pessoas com mais de 100 anos a viver em solo *Lusitano*, atingindo as 6400 em 2050. Assim sendo, prevê-se que Portugal seja, em 2060, o 4º país da União Europeia com maior percentagem de idosos numa proporção de 3 por cada jovem (Fonseca & Paúl, 2008 cit. Dias, 2013).

De acordo com os autores Bartolanza, Krahl e Brasus (2003 cit. Dias, 2013), esta alteração na estrutura demográfica portuguesa é consequência da alta fecundidade ocorrida no passado e, mais recentemente, do ocaso dos índices de fecundidade, explicados pelo nível e tempo de instrução cada vez maiores da mulher, que adia a idade com que se casam, o que acaba por ter impacto na época em que tem filhos e ainda, no número de filhos (Ramiro, 2012). Aspeto este suportado também, pelo aumento massivo da utilização de métodos contraceptivos. Outra variável de peso na equação da dinâmica demográfica de Portugal é representada pelos avanços científicos na medicina, bem como das práticas pró-ativas na saúde biopsicossocial (Bartolanza, Krahl & Brasus, 2003 cit. Dias, 2013), que se refletem no aumento da esperança média de vida (Ramiro, 2012) e na diminuição marcada do número de doenças e mortalidade ao longo da mesma (Oliveira, 2010 cit. Pereira, 2012).

Para Ramos (2003), um dos maiores desafios da humanidade para o séc. XXI, prende-se com o cuidar de uma população idosa que ultrapassa os 800 milhões de indivíduos em todo o mundo, a maioria dos quais apresenta um estatuto socioeconómico baixo e uma elevada prevalência de doenças crónicas e/ou incapacitantes. Verifica-se que a população idosa está a aumentar de forma alarmante, quer a população que tem mais de 65 anos, como a população que tem mais de 80 anos, e que estão reunidas as condições para que esta tendência se mantenha por algumas décadas. Por isso, torna-se necessário uma intervenção mais direta junto deste grupo de pessoas (Castilho, 2010), ao nível individual e comunitário, e que a sociedade esteja preparada para tal, dando resposta às necessidades destes e promovendo ainda, formas de garantir que as práticas durante o tempo de vida, individuais e sociais assegurem condições benéficas e congruentes à pessoa enquanto ser, (Afonso, Cecília & Almeida, 2012 cit. Silveira, 2012) que se encontra *a caminho*

de/ou já num novo estágio de desenvolvimento, nomeadamente a “*velhice prolongada*”.

O envelhecimento representa um processo de desenvolvimento que comporta um conjunto de fenómenos biológicos e psicológicos, cujos efeitos transformam o organismo quantitativa e qualitativamente. Estas alterações acompanham a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida (Oliveira, 2010; Neri, 2007b; Fontaine, 2000 cit. Pereira, 2012). Constitui uma experiência comum a todos os que têm o privilégio de viver vidas longas, sendo no entanto, muito diferenciado de pessoa para pessoa, influenciada pela natureza individual, pelo contexto de vida (Fonseca & Paúl, 2008; Rebelo, 2007 cit. Dias, 2013) e pela desigualdade de condições de trabalho de cada um (Papaléo, 2002 cit. Ferreira, Maciel, Silva, Santos & Moreira, 2010). Labouvie (1990 cit. Pereira, 2012) propôs a distinção de 3 fases abrangidas pelo período da velhice. Os idosos jovens (*elderly*) – dos 65 aos 74 anos, os idosos (*aged*) – dos 75 aos 84 anos e os muito idosos (*very old*) – a partir dos 85 anos de idade.

A OMS adotou em 2009 (cit. Pereira, 2012) a idade dos 65 anos como referência para a designação de *pessoa idosa*. Durante o processo de envelhecimento, o organismo atravessa um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas motivado essencialmente pelo declínio dos recursos biológicos (Schroots, 1995 cit. Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). De tal forma, que possibilitam uma maior ou menor vulnerabilidade e incidência dos processos patológicos, que podem e efetivamente transportam a pessoa até à morte (Carvalho e Papaléo, 2006 cit. Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2011).

Ramos (2013) terá afirmado que o principal fator de risco para a mortalidade continua a ser a idade, já que quanto mais se vive, maior é a probabilidade de se

morrer. Nem todos chegamos a *velhos*, e como já se apresentou, a forma e ritmo como alcançamos esse estágio difere de pessoa para pessoa, o que conota um carácter subjetivo e pessoal do processo (Sequeira & Silva, 2002 cit. Pereira, 2012).

Neste sentido, nasceram várias perspetivas na tentativa de explicar o processo de envelhecimento e o que lhe está associado: A *perspetiva ecológica* que defende que o envelhecimento resulta da interação entre o património genético e o ambiente circundante, fortemente relacionado com o contexto e a forma como a pessoa vive o seu projeto de vida; a *perspetiva gero-dinâmica*, em que o envelhecimento deve-se a um conjunto de mudanças no declínio funcional de um órgão ou tecido, que por sua vez afeta os demais; a *perspetiva do desenvolvimento* que explica a velhice por meio das mudanças que ocorrem durante o tempo de vida, constatando a existência de uma elevada inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo (Sequeira, 2010 cit. Pereira, 2012). A *perspetiva multidimensional* procura compreender o envelhecimento num panorama biopsicossocial, segundo o qual, se desenrolam um vasto leque de mudanças aos níveis externo e interno da pessoa. Nas manifestações biológicas externas, temos os exemplos da perda progressiva da elasticidade da pele (rugos e flacidez), a diminuição da mobilidade das articulações (com repercussões na força muscular e agilidade), o surgir dos cabelos brancos, a lentificação dos reflexos (Sequeira, 2010 cit. Pereira, 2012), a modificação do esqueleto, o encurvamento postural devido às modificações na coluna vertebral (Torres & Marques, 2008 cit. Dias, 2013).

Nas manifestações biológicas internas, verificam-se exemplos como a diminuição da libido e da atividade sexual, o declínio sensorial da acuidade auditiva, gustativa e visual, problemas cardíacos, alterações quanto à qualidade do sono, entre outras. Ao nível psicológico a pessoa tende a perder motivação para planear o futuro, a

desenvolver atitudes infantis como forma de receber afetos, novos medos (ex. sobrecarga de familiares, solidão, morte), tendência ao isolamento, à hipocondria e à depressão, que por sua vez repercutem-se em mudanças de pensamento, emoções, atitudes e comportamentos. Também ao nível cognitivo se averiguam mudanças na memória de curto-prazo, no desempenho da atenção, na velocidade do raciocínio (Oliveira, 2010; Bernad, 2008 cit. Pereira, 2012).

Por fim inclui-se na definição, o envelhecer através da idade social, em que predomina a mudança do papel, estatuto e hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade. Característica esta, fortemente influenciada pela cultura e história do país e que traduz indicadores de saúde familiar e social. Resumindo, o envelhecimento acarreta um conjunto de mudanças progressivas que implicam o declínio biológico, psicológico e social e que concomitantemente apresentam sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos (DGS, 2004 cit. Dias, 2013).

Consequentemente destaca-se uma diminuição gradual da *capacidade funcional*, isto é, na capacidade para se realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, necessárias e suficientes para uma vida independente e autónoma. A velhice comporta assim uma maior probabilidade de comprometer a participação e gestão do cuidar da própria saúde, das atividades prazerosas e das tarefas domésticas (Freitas, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006; Guimarães & Cunha, 2004 cit. Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2011). Tantas são as mudanças implícitas que acabam por impor à pessoa vários ajustamentos (DGS, 2004 cit. Dias, 2013).

Tipos de envelhecimento - normal e patológico

Grandes investigadores do século XIX, como Charcot, contribuíram para a difusão de uma imagem negativa do envelhecimento. Definiram-no como, decadência, deterioração ou desestruturação. O século passado foi pautado por um grande fascínio pela patologia sob várias formas, de natureza orgânica e psicológica. Freud que marcou profundamente o nosso século através das suas ideias revolucionárias, era apologista de que não havia diferença de natureza, apenas de grau entre o normal e o patológico. Foi através de Charcot, que apareceu a ideia de *continuum*, o envelhecimento passou a ser considerado como um percurso de cada indivíduo nesse continuum. (Bernad, 2008; Neri, 2007 cit. Pereira, 2012).

Para estes autores de referência toda a velhice teria a tendência a reduzir-se a um estado patológico de senilidade ou demência. Após a segunda guerra mundial, numerosos trabalhos realizados nessa época, mostraram que o envelhecimento poderia ser uma fonte de inúmeras oportunidades de melhorar ou conservar uma boa qualidade de vida. Ainda assim, algumas pessoas resistem ao envelhecimento mostrando um melhor desempenho com a idade ao passo, que outras declinam ao sofrerem um processo patológico. Se por um lado existem vários caminhos para se atingir a idade sénior, a forma como se a alcança também é suscetível de ser tipificada. O envelhecimento *patológico* no qual a pessoa apresenta doenças típicas da velhice ou agravamento das que já possuía anteriormente a este estágio (Bernad, 2008; Neri, 2007 cit. Pereira, 2012).

O Envelhecimento dito *normal*, que pressupõe a experiência de um conjunto de alterações características e inevitáveis relacionadas com a progressão do organismo no tempo-espaço. Não apresenta implicações de maior nas atividades diárias senão, as

que são inerentes à própria idade nomeadamente, as mudanças graduais ao nível biológico, psicológico e social (Bernad, 2008 cit. Pereira, 2012), mas sem patologias, segundo Néri & Cachioni (1999 cit. Assis, 2005).

No entanto, estudos revelam como nem sempre idosos portadores de doença crónica, ficam limitados por essa enfermidade, conseguindo manter um estilo de vida dentro do normal, com as mesmas controladas e expressando satisfação para com a vida (Ramos et al., 1993 cit. Ramos 2003), o que consolida a definição de envelhecimento *saudável*, compreendida pela interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006 cit. Dias, 2013).

Pelo que o bem-estar na velhice ou saúde num sentido lato, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (Kane & Kane, 1981; Fillenbaum, 1984 cit. Ramos, 2003). Por fim, um envelhecimento *bem-sucedido*, apresenta a pessoa com uma baixa probabilidade de incorrer doenças geradoras de perda de autonomia, um elevado nível funcional físico e cognitivo, a conservação das relações sociais e um elevado grau de bem-estar subjetivo já em plena idade avançada (Fontaine, 2000 cit. Pereira, 2012).

Envelhecimento ativo

Este pode ser definido como um processo adaptativo que percorre toda a vida, visando a manutenção do funcionamento ideal, ao nível físico (incluindo a saúde), psicológico (motor, cognitivo e motivação emocional) e social (Fernández-Ballesteros, 2002; Rowe e Khan, 1987 cit. Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini &

Rey, 2012).

Segundo a (OMS 2002 cit. Assis, 2005) reporta-se ao modo como a pessoa otimiza oportunidades que se refletem em melhores condições de saúde, participação e segurança permitindo atingir melhor qualidade de vida à medida que se envelhece. Assim, a atitude pró-ativa para com a saúde, durante o crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, possibilita maior probabilidade de qualidade de vida e autonomia, para que melhor se aproveite o potencial que a idade avançada reserva (Europa.eu cit. Silveira, 2012).

Derntl 1996 cit. Assis, 2005) atenta para o conceito de *autocuidado* como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde que deve ser vista como uma das formas de expressão da autonomia, o que revela o papel ativo da pessoa durante o seu percurso de vida para que atinja e viva a velhice na melhor das condições possíveis. Esta capacidade para otimizar as oportunidades é expressa pelo Modelo SOC de Baltes & Baltes referenciado por Fonseca (2005 cit. Pereira, 2012). O Modelo pressupõe um equilíbrio entre ganhos e perdas resultantes da idade. Primeiro a Seleção de objetivos ou desejos tendo em conta as alterações inerentes ao envelhecimento, depois a otimização, isto é, a utilização dos meios disponíveis e necessários à obtenção do que se deseja, por último a compensação que representa o esforço para se encontrar respostas funcionais resultando no sucesso adaptativo. Na ocorrência de determinada (s) perda (s) que possa (m) colocar em risco os objetivos ou desejos visados, recorre-se à compensação. Segundo Rabelo & Neri (2005 cit. Pereira, 2012) este equilíbrio é facilitado ou não, pela maior ou menor adaptabilidade de cada um e pela capacidade de se conseguir viver com as limitações que lhe são próprias, tendo em consideração os recursos de que se dispõe, permitindo que se fique sujeito a menores níveis de stresse.

Fatores de proteção

Baltes & Baltes (1990 cit. Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, 2006) consideram que existem limites impostos pela idade quanto à capacidade adaptativa e à plasticidade comportamental, que se traduzem num aumento progressivo de perdas e consequente diminuição de ganhos. Os mesmos autores referem o bem-estar psicológico, como fator que viabiliza um processo de maximização dos ganhos e minimização das perdas. Tornando-se então necessário que cada adulto em fase avançada se concentre no seu desenvolvimento pessoal, contribuindo para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990 cit. Pereira, 2012).

O bem-estar psicológico é influenciado por diversos fatores como a pensão, a saúde física, a situação conjugal, sexo, idade, autoestima, personalidade, amizades, nível cultural e religiosidade (Ramos, Pavão & Simões, 2011; Neri, 2007; Ryff & Keyes, 1995 cit. Pereira, 2012). Os recursos financeiros surtem forte efeito na compensação das perdas, já que permitem um melhor acesso à saúde e ao lazer, resultando assim em efeitos positivos relativos à perceção da autoeficácia (Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues & Neves, 2007 cit. Dias, 2013).

Por sua vez, a crença de autoeficácia elevada relativamente às capacidades para elaborar e executar comportamentos que se têm como necessários para o alcance de um determinado resultado ou objetivo, aumenta a motivação, influencia o pensar e o sentir, promovendo a ação (Bandura, 1993 cit. Pereira, 2012). Similarmente, as crenças positivas e uma perceção elevada do controlo da própria vida, funcionam como fatores protetores do idoso (Rabelo & Neri, 2005 cit. Pereira, 2012).

Ainda assim, é importante ter cautela com imagens excessivamente positivas, já

que podem desprezar o facto, de que o envelhecimento se encontra também associado a perdas e ao aumento da probabilidade de se tornar cada vez mais frágil e dependente de cuidados (Tesch-Römer & Wurm, 2012). Outro fator de grande relevância depreende-se com a demanda pela escolaridade e educação, por facultar não só uma ocupação pessoal que por sua vez contribui para o estatuto socioeconómico, como influencia também, a saúde e todo o repertório comportamental da pessoa (Bandura, 1987; Staats, 1975 cit. Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini & Rey, 2012), algo já provado empiricamente (Schaie, 2005a,b; Baltes & Mayer, 1999 cit Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini & Rey, 2012). Na mesma linha, as Nações Unidas (2002 cit. Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini & Rey, 2012) no 2º plano internacional para o envelhecimento, classificaram a educação e treino contínuos como *base crucial* para uma vida ativa e realizada, estendendo o desenvolvimento até à velhice, assegurando a capacidade produtiva da pessoa. Referente à etapa da *terceira idade*, um estudo de Moniz-Cook (2008 cit. Silveira, 2012) demonstrou que o acompanhamento cognitivo retarda o aparecimento de doenças degenerativas. Outra investigação levada a cabo por Lövdén, Ghisletta e Cinderberger (2005 cit. Guerra e Caldas, 2010) que conseguiram evidências de que, níveis mais elevados de participação social pelos idosos muito idosos, favorecem um desvio positivo em relação à média de resultados na performance cognitiva (velocidade de processamento).

Os idosos muito idosos, que reduziram a sua participação social no mesmo período obtiveram maior declínio nos resultados em relação à média, tal evidência suporta que o estilo de vida ativo associado à participação social pode minimizar o declínio cognitivo na senescência. Segundo (Rocha, Braga, Tavares, Andrade, Filha, Dias & Silva, 2009 cit. Pereira, 2012) a participação na sociedade e o reconhecimento da

contribuição prestada, também participam da promoção de um envelhecimento ativo. Uma variável de peso indiscutível para um envelhecimento saudável é a atividade física. Ser-se fisicamente ativo e não fumador, são duas variáveis associadas a uma melhor saúde, função cognitiva e redução da mortalidade nos idosos (Etgen et al., 2010; Lee et al., 2010; Khaw et al., 2008; Haveman-Nies et al., 2002 cit. Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011).

Defende-se inclusive que nenhum grupo etário beneficia mais da atividade física regular que o do idoso. Manifestando efeitos quanto ao bem-estar físico, mental e social, ajuda na prevenção de quedas, incapacidade, sarcopenia e doenças crónicas, como a osteoporose, doenças cardiovasculares e obesidade, demência e depressão. O que por sua vez contribui para que as pessoas mais velhas permaneçam independentes por mais tempo (Vellas, 2009; Lautenschlager, Cox, Flicker, Foster, Van Bockxmeer, Xino et al., 2008; OMS, 2002 cit. Silveira, 2012). Também a nutrição tem um papel inequívoco no desenvolvimento de doenças na idade avançada, com consequências devastadoras para a pessoa e seus recursos à saúde, pelo que, uma alimentação saudável conjugada com o exercício físico é essencial para um envelhecimento ativo (Vellas, 2009 cit. Silveira, 2012). O suporte social é outro fator protetor de extrema importância. Os idosos encontram-se mais expostos a situações de crise, pelo que, a rede de suporte social aumenta a probabilidade de serem positivamente superadas (Rabelo & Neri, 2005 cit. Pereira, 2012).

A vulnerabilidade do idoso varia consoante determinados fatores interdependentes, incluindo acidentes e stressores independentes da idade, doenças e incapacidade, ambiente físico (clima, altitude, poluição, radiações), ambiente social (família, amigos, cultura), estilo de vida (alimentação, lazer, atividade física, sexual e de risco), experiência (aprendizagem, cultura, adaptabilidade, emprego) e a atitude ou

perspetiva perante a vida (Paúl, 2007 cit. Dias, 2013). Ainda que se considere a longevidade como um aspeto positivo quanto ao facto de se viver em média, mais anos, predomina, como já foi referido, o aumento da probabilidade de maiores níveis de dependência e perda de autonomia (Teixeira, 2010 cit. Ramiro, 2012).

A idade da senescência, acarreta temores relacionados com a capacidade funcional, uma vez que o facto de deixarem de conseguir executar determinadas tarefas diárias com eficácia, pode levar que a sociedade as considere impotentes (Baltes, 1996 cit. Pereira, 2012).

Muitos idosos encaram esta fase com alguma revolta, porque com a sua autonomia limitada vêm-se obrigados a recorrer à família ou amigos mais próximos numa procura por ajuda, correndo o risco de serem excluídos, desvalorizados e desrespeitados (Teixeira, 2010 cit. Ramiro, 2012). A estatística em Portugal é negra, segundo o Diários de Notícias (2011 cit. Ramiro, 2012) - numa lista de 53 países europeus, da OMS, Portugal está no grupo dos cinco piores no tratamento aos mais velhos: 39% dos nossos idosos são vítimas de violência. Os Censos 2011 sondaram uma população de cerca de 2,023 milhões de pessoas com mais de 65 anos a residir em todo o país das quais 60% vive sozinha. No mesmo ano, também em Portugal, foram encontrados em casa, quase 2900 idosos, dias ou semanas depois de terem morrido (Rodrigues, 2013).

Fatores de risco

Vínculo inseguro- privação materna no desenvolvimento infantil

Um dos fatores de risco, que contribui para diversas patologias na fase adulta, é o vínculo inseguro desde a primeira infância. Durante séculos, a criança era vista como um pequeno adulto incompleto com capacidade de entender e compreender as relações e o mundo. Atualmente, estudos têm provado que as crianças da primeira infância ainda não desenvolveram as suas capacidades mentais e emocionais para elaborarem e entenderem o mundo como um adulto. A criança apenas percebe o mundo de acordo com as ferramentas primárias com o qual tem vínculo, como por exemplo, o som, os toques, os seus sentidos e as suas primeiras interações (Monteiro, 2003).

John Bowlby (1907-1990), desenvolveu a teoria do apego, considerando o vínculo mãe-bebé fundamental e fulcral para o desenvolvimento humano como qualquer outra necessidade fisiológica (Carvalho, Politano & Franco, 2008).

Bowlby, defende que a relação precoce entre o cuidador e o bebé é a base para as suas relações futuras, contribuindo para a construção da interação de ambos. Deste modo, é necessário que o cuidador neste caso a mãe, deseje cuidar e corresponder às solicitações do seu bebé permitindo que ele se sinta protegido e seguro. Esta segurança na primeira infância é a base de um vínculo seguro que vai conduzir de forma positiva os aspetos de desenvolvimento emocional e social no futuro, o contrário originará o desenvolvimento de um vínculo inseguro que levará a resultados negativos na vida do indivíduo (Monteiro, 2003).

Todas as experiências vivenciadas entre mãe-bebé contribuirão para os alicerces das características emocionais do adulto, as memórias vivenciadas e gravadas serão

registadas de forma a reger os seus comportamentos e interações no futuro.

“Sendo que o apego seguro prediz resultados melhores de desenvolvimento e o apego inseguro prediz dificuldades de comportamento e de relacionamento.

Descobrimos também que um apego seguro é um fator importante de proteção para crianças que funcionam de maneira competente mesmo diante de adversidades, (Egeland, 2011).”

Uma vinculação segura, permite à criança pequena ser mais sociável com os seus pares e com adultos desconhecidos do que a criança com vinculação insegura (Elicker, Englund, & Sroufe, 1992; Main, 1983). Entre os 18 e os 24 meses, as crianças seguras interagem com os seus pares de forma mais positiva proporcionando uma maior aceitação por parte dos pares. (Fagot, 1997), Dos 3 aos 5 anos, estas crianças são mais curiosas, competentes, empáticas, resilientes e autoconfiantes, o que lhes permite terem facilidade em criar relações mais próximas e melhores (Arend, Gove, & Sroufe, 1979; Elicker et al., 1992; Jacobson & Wille, 1986; Waters, Wippman, & Sroufe, 1979; Youngblade & Belsky, 1992).

As suas interações com os pais, as educadoras no jardim-de-infância e os pares, são muito positivas e têm uma maior capacidade de resolver conflitos (Elicker, et al., 1992). No período pré- escolar conseguem ter uma autoimagem mais positiva (Elicker, et al., 1992; Verschueren, Marcoen, & Shoefs, 1996). As vantagens de uma vinculação segura mantêm-se no período escolar e na adolescência (Sroufe, Carlson, & Shulman, 1993).

Donald W. Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista relatou que a mãe é a pessoa mais importante e qualificada para cuidar e responder às necessidades do bebé, mais do que qualquer outro cuidador devido a esta desenvolver durante a gravidez,

parto e puerpério, sentimentos distintos e um estado psicológico denominado “preocupação materna primária”.

O desenvolvimento emocional, inicia-se desde o ventre através do desejo dessa mãe pela gestação e à expectativa criada em torno desse mesmo filho. Caso a gravidez não seja desejada, esta será marcada por emoções fortes e conflituosas que poderá desencadear uma gestação de stresse no bebé e um parto complicado que irá afetar tanto a saúde emocional do bebé como a privação de uma relação saudável entre ambos. Para além do papel da mãe ser importante, o ambiente onde a criança cresce é um fator determinante para o desenvolvimento saudável da criança, sendo atribuído aos pais essa responsabilidade de o manter harmonioso e seguro (Winnicott, 1983).

Winnicott, defende que a ausência materna e a falta de apego produz na criança a necessidade de uma busca por um objeto transitório, apresentando comportamentos desajustados como, insónia, roubos, comportamentos de agressão, tendência antissocial, carência e um propensão para a delinquência (Winnicott, 1985).

Efetivamente, também Bowlby defende que é essencial para a criança ter uma vivência íntima e contínua na relação com a mãe, caso contrário, ela vivenciará a “privação parcial” ou seja, é quando ambas vivem na mesma casa mas não existe uma relação de prestação dos cuidados básicos (Bowlby, 2002).

Respetivamente à sua teoria do apego Bowlby, diferencia ainda apego do comportamento do apego, através de sete características do comportamento do apego primordiais, que se iniciam desde a vida uterina e se vão desenvolvendo ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança, são elas nomeadamente: a especificidade; duração; o envolvimento emocional; a ontogenia; a organização e a função biológica. A criança biologicamente, desde que nasce começa por se dirigir a

uma pessoa específica em busca de segurança e proteção, procurando alguém que supra as suas necessidades. Este comportamento do apego varia de intensidade ao longo de toda a vida, sendo imprescindível a proximidade da criança com o outro para que ela desenvolva as suas capacidades de adaptação com o meio (Carvalho, Politano & Franco, 2008).

Isolamento social

Definida como uma “abstinência de contactos com outras pessoas” (Victor, Scrambler & Bond, 2009 cit. Hawton, Green, Dickens, Richards, Taylor, Edwards, Greaves & Campbell, 2011). Para alguns autores, a conceptualização do termo, compreende duas dimensões distintas – Estrutural e Funcional. A *Estrutural* tem uma conotação objetiva caracterizada pelo tamanho da rede social das pessoas ou sua frequência de contacto, a *Funcional* apresenta uma conotação subjetiva que respeita à percepção da qualidade dessas relações por parte da pessoa (Victor, Scrambler & Bond, 2009; Wenger e Burholt, 2004 cit. Hawton et al., 2011). A esta componente funcional, outros autores definem-na como *Solidão*, sendo que isolamento social representa a faceta passível de ser objetiva e quantitativamente mensurável, e solidão é representada pela avaliação subjetiva da pessoa quanto às suas expectativas individuais e satisfação para com a frequência, qualidade e proximidade dos contactos (Gierveld & Havens, 2004 cit. McMunn, Banks & Steptoe, 2011).

Como é expectável, os sentimentos de solidão estão relacionados com o isolamento social, contudo, alguns estudos com idosos, apontam para uma relação fraca a moderada. (Cornwell & Waite 2009a cit. Shankar, McMunn, Steptoe & Banks, 2011) sugerem que tal premissa pode ser verdadeira para os adultos mais velhos, onde a relação é ainda mais dissociada, devido à expectativa de uma maior preparação para

as alterações na sua rede social, à medida que envelhecem. Como resultado, para este grupo etário uma menor rede pode não significar necessariamente uma maior solidão.

Outras correlações foram estudadas, os autores O’Luanaigh et al. (2011) examinaram diversos artigos, apurando que o isolamento social tem um efeito prejudicial na função cognitiva e que aumenta o risco de se desenvolver demências. Hawton et al. (2011) na sua pesquisa analisou a relação entre isolamento social e algumas dimensões do estado de saúde e encontrou associações com auto percepção de saúde, falta de saúde física, mobilidade restrita e limitações nas atividades da vida diária.

McMunn, Banks & Steptoe (2011) numa revisão bibliográfica, concluíram que as pessoas solitárias são menos ativas e têm maior propensão para fumar, manter dietas menos saudáveis, consumos elevados de bebidas alcoólicas e menor atividade física; que indivíduos com menor integração social estão mais propensos a reportar múltiplos comportamentos de risco relativos à saúde; e que a rede social está associada a comportamentos saudáveis como deixar de fumar e abstencionismo de álcool. Em suma, tanto a solidão como o isolamento social têm sido associados a um aumento de risco de se desenvolver problemas de saúde, hospitalizações, pobre função cognitiva e à mortalidade;

Solidão

A solidão é outro dos fatores de risco no adulto. Várias são as definições atribuídas à solidão ao longo dos tempos. Para (Moustakas 1961 cit. Neto & Barros, 2001) é uma experiência que surge inevitavelmente da *separação* da existência humana.

(Peplaw & Pealman 1982 cit. O’Luanaigh et al., & Lawlor, 2011) definem-na como um estado emocional aversivo subjetivamente experienciado e que está relacionado

com a perceção das necessidades íntimas e sociais não cumpridas. O conceito solidão é descrito por (Neto, 2000 cit. Rodrigues, 2013) como, um sentimento penoso que a pessoa sente quando existe uma discrepância entre o tipo de relações sociais que pretende e o tipo de relações que efetivamente detém.

O autor (Neto, 2000 & 1992 cit. por Dias, 2013) afirma que o termo – Solidão- carece de uma definição mundial, mas que no geral parece apontar para 3 itens comuns: a) experiência objetiva que pode não estar associada ou isolamento objetivo; b) é psicologicamente desagradável para o sujeito; c) resulta de uma forma de relacionamento deficiente. Um dos maiores problemas da pessoa idosa é a solidão, fruto da viuvez, perda de amigos e reforma. (Queiroz & Netto, 2007 cit. Guerra & Caldas, 2010) destacam como forma de combater os efeitos da solidão o recorrer ao contacto social, ao desenvolvimento de novas capacidades e procura de realizações pessoais. Além da solidão estar intrinsecamente associada ao envelhecimento, este parece estar também associado a um aumento dos fatores de risco que levam à solidão, como a deficiência física e a viuvez (Golden et al., 2009 cit. Losada et al., 2012).

A pesquisa parece suportar claramente que a solidão funciona como fator de risco para a morbilidade e a mortalidade, especialmente quanto aos idosos que, relativamente a outras populações, como minorias ou pobres, parecem sofrer as mais severas consequências por parte desta, ao nível da saúde (Cacioppo et al., 2002 cit. Losada et al., 2012). Como corroboram (Jaremka, Fagundes, Glaser, Bennet, Malarkey & Kiecolt-Glaser 2013 cit. Rodrigues, 2013) a solidão repercute efeitos ao nível do sistema imunológico, deixando-o debilitado, e consequentemente contribuindo para o aumento de doenças crónicas, dos níveis de stresse, diminui a autoestima e pode desencadear sintomas depressivos.

É normal ao Homem ter sentimentos de tristeza em alguns momentos da vida, é normal por vezes sentir-se fraco, física e psicologicamente, desgastado, sem esperança ou motivação. No entanto, os sintomas depressivos da depressão inclusivamente no indivíduo que sofre de solidão, transcendem o conceito de tristeza, é uma tristeza patológica, uma perturbação do humor que afeta o funcionamento físico, mental e social (Beck & Alford, 2011; Penninx, Deeg, Van Eijk, Beekman & Guralnik, 2000 cit. Rodrigues, 2013). É uma condição clínica que pode afetar a pessoa numa certa fase da vida, seja como humor transitório, ao sentir-se mais abatida ou melancólica, seja sob uma forma mais severa (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006 cit. Dias, 2013).

Na perspetiva fenomenológica, a depressão consiste num estado de vazio afetivo, de perda de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação e da vontade de viver. Do ponto de vista cognitivo, afeta o desempenho mental ao nível das funções do pensar, perceber, lembrar, sentir, raciocinar, responder a estímulos externos, memória e concentração (Nunes, 2008 cit. Dias, 2013). Dados relativos a 2008, apontam para cerca de 14% de sintomas depressivos em idosos a viver na comunidade, se se contabilizar os idosos institucionalizados, os valores sobem para uma percentagem que flutua entre os 25% e os 73% (Martins, 2008 cit. Rodrigues, 2013).

É verdadeiramente alarmante tendo em consideração que o número de casos de suicídios relacionados com a depressão na faixa etária acima dos 65 anos ronda os 80% (Ames, Chiu, Lindesay & Shulman, 2010 cit. Rodrigues, 2013). Segundo (Chan, Chiu, Chien, Thompson & Lam, 2006 cit. Dias, 2013) é a perturbação com mais prevalência na vida tardia, apontando as previsões para a possibilidade de se tornar a principal causa de incapacidade em todo o mundo já em 2020. Dentre os principais fatores de risco associados à depressão encontram-se a idade, estado civil,

institucionalização, escolaridade, profissão, acontecimentos de vida, apoio familiar e rede social, saúde (existência ou não de doença física, crónica e/ou deficiência). Dos quais os que têm maior correlação com a depressão são, o estar-se solteiro, viúvo ou divorciado, viver em instituições, ter uma baixa escolaridade e um baixo rendimento social (Vaz, 2009 cit. Rodrigues, 2013).

Outros fatores implicados na depressão, ou em sintomas depressivos no idoso e que deste modo poderão afetar a sua qualidade de vida, relacionam-se com perdas inerentes à própria condição da idade, a saída do mercado de trabalho, que acarreta perdas quanto aos laços sócio laborais, perda da posição social após a reforma, diminuição da acuidade visual, auditiva e mobilidade (Beck & Alford, 2011 cit. Rodrigues, 2013). Investigações prévias indicam que tanto o isolamento social como a solidão estão relacionados com a depressão (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Golden et al., 2009; Heritage, Wilkinson, Grimaud & Pickett, 2008; Russell, 1996 cit. Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011) e que os indivíduos deprimidos estão mais propensos a apresentar comportamentos mais pobres relacionados com a saúde (Allgower, Wardle & Steptoe, 2001 cit. Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011).

O cérebro e a sua maturação

As funções intelectuais apelidadas de complexas, cognitivas ou superiores são as principais responsáveis pela diferenciação entre a supremacia humana e as outras espécies de mamíferos primatas. Deste modo, o estado mental de um indivíduo integra uma diversidade de componentes como a consciência, a memória, a atenção, a orientação, a linguagem, a agnosia, a praxia, o conteúdo do pensamento ou o estado de humor. É desta interação que o indivíduo percebe a ligação do seu passado com o futuro, da relação entre a sua pessoa, o seu ambiente e os outros, ou seja, todo o

comportamento relacional (Almeida, 2010).

Inerente a este processo de desenvolvimento está intrínseca a maturação do cérebro, que se caracteriza pela migração das células nervosas, do crescimento dos axónios, da formação das dendrites, das sinapses e pela mielinização. Deste modo, dá-se o desenvolvimento do sistema nervoso a partir do ectoblasto.

A maioria das sinapses formam-se depois do nascimento, sendo a regressão das terminações nervosas e a morte celular, processos do desenvolvimento normal. Estima-se que 50% da perda sináptica aconteça entre o nascimento e a idade adulta. No entanto, o meio externo é determinante para esse desenvolvimento cerebral em termos de alteração ou facilitação. A maturação da estrutura cerebral atinge o seu auge aquando da terminação da mielina. O processo dá-se durante os primeiros 15 anos, mas, segundo alguns autores este processo continua até aos 60 anos de idade. Apenas as áreas sensoriais e motoras são parcialmente mielinizadas durante o período pré-natal. (Siksou, 2008).

A utilização da imagiologia cerebral permite mostrar através dos seus trabalhos, que a atrofia cortical relacionada com a idade não é homogénea em todas as estruturas do cérebro. Verifica-se uma diminuição da substância branca, na substância cinzenta e sinais de desmielinização. Ao nível celular observa-se uma produção das modificações dos recetores dopaminérgicos, neurotransmissores e vesículas de armazenamento. No registo da atividade cerebral observa-se através de alguns exames neurológicos, que com a idade existe uma restrição da especificidade do recrutamento cerebral. A este fenómeno dá-se o nome de “desdiferenciação” (Park & col., 2001 cit. Siksou, 2008).

De acordo com dados experimentais recolhidos, ao longo do desenvolvimento do

envelhecimento normal e no decurso de diferentes patologias, verifica-se que o cérebro é uma estrutura dinâmica que reage à experiência. Estudos sobre o desenvolvimento do cérebro confirmam a sua plasticidade ou a ausência dela. Logo após o nascimento, os neurónios são impossibilitados de migrar para outras áreas, apenas nos períodos críticos (sensíveis) são modificadas as conexões corticais locais. Estes períodos críticos provam que durante essa fase só existe uma construção de um circuito sináptico, caso haja estimulação. (Hubel, & Wiesel, 1962 cit. Siksou, 2008). A aprendizagem intensiva e precoce é extremamente importante para que haja modificação da extensão das áreas cerebrais implícitas (Schlaug, 2001 cit. Siksou, 2008).

Posteriormente à intervenção sobre os recetores periféricos ou sobre os nervos, há uma reorganização dos mapas corticais somatotópicos (Merzenich, 1988; Kaas, 2004 cit. Siksou, 2008). A mesma plasticidade cortical é observável no sistema auditivo (Recanzone, 1993 cit. Siksou, 2008) e visual (Gilbert & Wiesel, 1990 cit. Siksou, 2008). Esta reorganização deve-se ao facto, de as aferências secundárias se tornarem funcionais. De acordo com dados experimentais, é a prática e o exercício intensivo que alteram essa organização neuronal (Maguire, 2000 cit. Siksou, 2008). Através da imagiologia cerebral, foi possível observar que o recrutamento das redes de neurónios nos sujeitos jovens e idosos não são equivalentes na realização da mesma tarefa. Esta ótica leva os autores a debruçarem-se sobre a questão da desdiferenciação e da compensação no sentido de apurar se se trata de mecanismos neuronais da mesma natureza (Cabeza).

Relativamente a existir uma disfuncionalidade cerebral, a sua recuperação está inerente a diversos fatores, relacionados com o doente e a patologia. No caso do doente, temos os fatores individuais que estão implícitos com a idade, o género, a

dominância manual e o nível sociocultural pré-mórbido. Estes podem atuar em conformidade entre si. Em relação à patologia, os fatores associados estão inerentes à etiologia e à forma do seu aparecimento. O cérebro humano é comparável a uma máquina complexa no qual se pode estudar como outra máquina qualquer (analisando a forma como ambas as partes se interligam, testando o que cada uma delas faz), esta ideia foi primeiramente suscitada pelo filósofo francês René Descartes, (Descartes, 1959-1650 cit. Siksou, 2008). Atualmente a sua ideia ainda é uma reflexão para os nossos investigadores.

Para Descartes, qualquer ação humana ou animal era considerada uma reação a um evento do mundo exterior. Este evento estimula os nossos sentidos, ou seja, estimula um nervo que transmite a excitação para cima, nomeadamente para o cérebro, no qual, este a transmite para baixo, para o músculo. Deste modo a excitação dos sentidos provoca a contração do músculo desencadeando uma reação ao acontecimento externo, o que se conclui que a energia vinda do exterior se reflete de volta pelo sistema nervoso. Assim sendo, todas as ações humanas ou animais poderiam ser comparadas às de uma máquina. (Descartes, 1662, cit. Glettman, Fridlund & Reisberg, 2011).

Patologias

Patologias neurológicas

Demência

A demência caracteriza-se por múltiplos défices cognitivos, que incluem uma diminuição da memória. Segundo o DSM-V a demência classifica-se de acordo com a sua etiologia. Deste modo, existem vários tipos de Demências: Demência do tipo

Alzheimer; Demência Vascular; Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais (por exemplo, doença HIV, traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington); Demência Persistente Induzida por Substâncias (devido a uma droga de abuso, a um medicamento ou exposição a tóxicos); Demência Secundária a Múltiplas Etiologias ou Demência Sem Outra Especificação se a etiologia for indeterminada (Figueira, Sampaio & Fernandes, cit. Fernandes, 2006).

A demência, além de ser um declínio cognitivo, distingue-se das alterações cognitivas do envelhecimento normal, no qual, se dá a junção das perturbações do comportamento e da personalidade. Progressivamente, há um agravamento dos défices com a evolução da patologia. Ao longo do envelhecimento normal, as perturbações da memória estão relacionadas com as estratégias de codificação e de recuperação da informação. De acordo com o modelo "Hera" de Tulving (1994), as regiões pré-frontais especializadas, seriam situadas: à direita a recordação das informações episódicas e à esquerda a sua codificação e a recordação das informações semânticas. Com este modelo verifica-se que esta assimetria se acentua com a idade cronológica (Grady, 1995 cit. Siksou, 2008).

Autores como Eustache & col. (1999), observaram que a associação da análise cognitiva e metabólica permitia a distinção entre o início da doença de Alzheimer e o envelhecimento normal, o que é congruente com os dados atuais do envelhecimento cerebral- diminuição do número do tamanho dos neurónios do córtex-frontal (West, 1996 cit. Siksou, 2008), e a diminuição do número de sinapses (Golzman-Rakic & col., 1981 cit. Siksou, 2008).

Para além, das demências atrás referidas, existem ainda outros tipos de demência, como por exemplo: a doença de Pick caracterizada por alterações do comportamento

social e da personalidade; a doença dos corpos de Lewy implicada noutra tipo de sinais como os sinais parkinsonianos, alucinações, défices da fluência verbal e das capacidades viso-espaciais e por fim, temos as demências vasculares que estão implícitas nos casos de enfartes múltiplos, caracterizando-se por uma amnésia ântero e retrógrada e por flutuações na evolução sintomatológica (Sikson, 2008).

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção -PHDA

O termo hiperatividade, está relacionado com um dos distúrbios de comportamento caracterizado por um excesso da atividade motora, crónica com défice de atenção e falta de autocontrolo. Este distúrbio é mais frequente na idade escolar. (Neves, 2005).

“A hiperatividade em si não é uma doença é, geralmente, um sintoma de algum distúrbio como TDAH (Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade), alguns tipos de DDA (Distúrbio de Défice de Atenção), TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) e outros distúrbios de aprendizagem ou comportamento” (Neves, 2005).

A PHDA, é assim uma desordem de défice de atenção cujas causas podem ser devido a fatores genéticos ou ambientais (Farone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Entre os fatores ambientais estão relacionadas as complicações perinatais, como a hipóxia-isquémica neonatal (HI) (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1995).

Perante um estudo de investigação testado em ratos expostos à HI, no sentido de perceber se a hipoxia isquémica contribuía para o desenvolvimento de características relacionadas com a PHDA, os resultados revelaram haver uma correlação entre a HI e a PHDA, após observarem ao fim de algum tempo, que os animais submetidos à HI manifestaram deficiências cognitivas em aquisição de tarefa, défices na atenção

sustentada e aumento da impulsividade e compulsividade, em resposta à manipulação de tarefas. Desta forma, concluiu-se que a HI neonatal é um dos fatores ambientais que pode contribuir para o desenvolvimento de características comportamentais observadas em PHDA (APA, 2015).

De acordo com Smith e Strik (2001), além dos fatores ambientais também existem os fatores biológicos que podem ser agrupados em quatro categorias gerais: a lesão cerebral, deformações no desenvolvimento cerebral, desequilíbrio neuroquímico e hereditariedade. Além destes fatores, também durante a gravidez podem ocorrer lesões cerebrais devido a certas patologias como: a diabetes, a doença renal, o sarampo, e a exposição pré-natal a drogas. Esta última está associada fortemente a dificuldades de aprendizagem como, défices cognitivos, défices de atenção, problemas de memória e hiperatividade (Smith & Strik, 2001).

Relativamente ao transtorno de aprendizagem como o défice de atenção/hiperatividade (TDAH), este também pode ocorrer através de desequilíbrios neuroquímicos no cérebro da criança. Uma criança com esse distúrbio terá um amadurecimento cerebral mais lentificado, ficando comprometida a perceção e a capacidade de aprendizagem (Smith & Strik, 2001). O desequilíbrio neuroquímico dá-se assim da seguinte forma:

“ As células cerebrais comunicam-se umas com as outras por meio de mensageiros- químicos chamados de neurotransmissores. Qualquer mudança no clima químico delicadamente equilibrado do cérebro pode interferir nesses neurotransmissores e prejudicar a capacidade do cérebro para funcionar adequadamente” (Smith & Strik, 2001).

Hipoxia

A função cerebral normal é prejudicada pelo abastecimento de oxigénio e glicose que perturba o ambiente iónico dos processos da glia e células de neurónios-encefalopatas metabólicas. A hipoxia caracteriza-se por uma diminuição de oxigénio no cérebro. Cerca de 85% da glicose usada pelo cérebro adulto é oxidada através do CO₂, ou através do ciclo do ácido cítrico Krebs, ou após a conversão para aminoácido, principalmente glutâmico e ácido aspártico. No caso dos bebés corresponde a 10% de glicose, comparado com o cérebro do adulto. O cérebro dos recém-nascidos tem um menor consumo de oxigénio cerebral (Menkes, Sarnat, 2000).

As taxas metabólicas cerebrais para o oxigénio, variam entre 0,4 a 1,3 ml / 100g por minuto em recém-nascidos de termo e sem lesões neurológicas, e 0,006 para 0, 54 ml/ 100g por minuto em bebés aparentemente normais com uma gestação de 26 a 32 semanas. Estes valores, refletem a capacidade glicolítica aumentada no cérebro imaturo e a redução das demandas de energia. Esta redução pode explicar algum grau de resistência relativamente ao cérebro do recém-nascido, causado pela hipoglicémia e a hipoxia. De acordo com (Tyler e Clark), os distúrbios cerebrais são encontrados quando a saturação de oxigénio arterial é de 60% ou inferior. No caso da anoxia cerebral, esta também pode resultar de uma redução do fluxo sanguíneo ao cérebro (Menkes, Sarnat, 2000).

O fluxo cerebral, depende de dois fatores: a pressão na cabeça (a diferença entre a pressão arterial e venosa) e a resistência ao fluxo de sangue através da vasculatura cerebral, o que pode originar sintomas neurológicos particularmente convulsões e síncope (Menkes. Sarnat, 2000). Uma das consequências inerentes à hipoxia é a hemorragia cerebral que corresponde a um fator etiológico, a hipertensão arterial, quase sempre constante. Ocorrendo através da extravasão de sangue para fora dos

vasos sanguíneos, que originam um derrame intracerebral, pode ser circunscrito ou mais difuso (Habib, 2003).

Deste modo, a hipoxia isquémica contribui para a mortalidade neonatal, deixando sequelas neurológicas a longo prazo como a epilepsia, movimentos desordenados, comportamentos cognitivos entre outras desordens neurológicas anormais (Lu-Emerson & Koth 2010; Perlman, 1997; Van Handel, Swaab, de Vries, & Jongmans, 2007). (Marlow, Rose, Rands, & Draper, 2005).

Acidente vascular cerebral

As doenças vasculares cerebrais constituem um dos problemas mais graves de Saúde Pública no nosso país, causando a morte ou a incapacidade e representa na maioria dos casos uma tragédia pessoal e familiar, onde as suas consequências se alastram afetando um círculo de pessoas e a sua respetiva dinâmica. Estas doenças, advêm de inúmeros fatores de risco como a hipertensão, a diabetes, o tabagismo, a idade, o álcool, entre outros, tornou-se na doença neurológica com maior potencialidade ao nível da prevenção, isto porque, controlando certos fatores de risco podemos reduzir a sua incidência e, dessa forma, as suas consequências (Sousa, 2009; Auclair & Jacambé, 2011).

Estas doenças caracterizam-se por um conjunto de patologias encefálicas, originadas por anomalias não traumáticas da circulação pré-cerebral ou cerebral, representando um espetro alargado que vai desde lesões silenciosas, passando por patologias com carácter transitório e início agudo ou mais alargado onde se enquadra dos acidentes vasculares cerebrais (AVC's) (Sousa, 2009).

Um AVC é definido como um síndrome neurológico de instalação rápida, causado por uma disfunção da circulação cerebral tendo como consequência

alterações vasculares focais ou globais (Sousa, 2009; Rohkamm, 2011).

O AVC's isquémicos resultam da obstrução de um vaso sanguíneo que tem como objetivo o fornecimento de sangue ao cérebro, muitas vezes, a causa subjacente é o desenvolvimento de depósitos de gordura que revestem as paredes dos vasos sanguíneos, ou seja, a arteriosclerose (ASA, 2013; Auclair & Jacambé, 2011).

Segundo a American Stroke Association (ASA) estes depósitos de gordura podem causar dois tipos de oclusão, a trombose cerebral que se refere a um coágulo de sangue que se desenvolve a partir do vaso obstruído, e a embolia cerebral, que geralmente se forma noutra local do sistema circulatório tais como no coração ou em grandes artérias da parte superior do peito e pescoço, viajando para ao cérebro até atingir vasos tão pequenos onde já não consiga passar, condicionando a necrose (morte) dessa mesma área e originando um enfarte cerebral (ASA, 2013; Sousa, 2009).

No caso do trombo se desfazer sozinho e o fluxo sanguíneo se restabelecer de forma rápida poderá não haver necrose cerebral e sucessivamente o paciente deixa de ter sintomas, desaparecendo estes, ao fim de alguns minutos ou no máximo uma hora. Nesta situação, estamos perante um Acidente Isquémico Transitório (AIT), onde não é possível verificarem-se lesões através de exames imagiológicos (Sousa, 2009; Auclair & Jacambé, 2011).

Assim que se estabilize a fase aguda do AVC deve ser iniciada, de imediato, a reabilitação do paciente, consistindo em diferentes técnicas que, em conjunto, visam a melhor recuperação possível da função possuída anteriormente. As técnicas selecionadas para integrarem o plano de reabilitação dependem das sequelas deixadas, no cérebro, pelo AVC. Por exemplo, a reabilitação motora, no caso de apresentar paralisias, terapia da fala se estivermos perante alterações da linguagem, reabilitação

neuropsicológica se o doente apresentar défices a nível do funcionamento cognitivo, como desorientação, défices mnésicos, de atenção e concentração, entre outros (Cancela, 2008).

Ribeiro (2005), afirma haver três formas possíveis de o indivíduo portador de lesão cerebral poder recuperar as funções cerebrais perdidas, em primeiro lugar, há a possibilidade de recuperar espontaneamente, em segundo lugar, a restituição da função, e em terceiro lugar, a compensação da função perdida. A reabilitação torna-se possível devido à capacidade que o cérebro possui para a aprendizagem e para a mudança, esta capacidade está presente devido à neuroplasticidade, ou seja, células saudáveis de outras áreas do cérebro, facilmente podem assumir as funções realizadas pelas células localizadas nas áreas afetadas (Cancela, 2008).

Patologias emocionais

Depressão

De acordo com o DSM-V, a depressão é uma patologia do foro psicológico que está inserida nas perturbações do Humor. Esta perturbação é designada por diferentes episódios de alteração do humor (Episódio Depressivo Major, Episódio Maníaco, Episódio Misto, Episódio Hipomaníaco). Existem diversas perturbações de Humor (como por exemplo, a Perturbação Depressiva Major, a perturbação Distímica e a Perturbação Bipolar I). Todas têm em comum a mesma sintomatologia mas o que as difere é a variação do tempo, da intensidade e da gravidade. Os sintomas mais comuns são, humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer, perda ou aumento de peso, insónia ou hipersónia, fadiga ou perda de energia, diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte. (Fernandes, 2006).

As síndromes depressivas atualmente são uma problemática prioritária de saúde pública. Segundo o relato da OMS, a depressão Major é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde - incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento (Murray; Lopez, 1996 cit. Dalgarrondo, 2008). Do ponto de vista psicopatológico, os elementos mais salientes nestas síndromes são o humor triste e o desânimo (Pino, 2003 cit. Dalgarrondo, 2006). Alguns dos fatores mais significativos nos quadros depressivos, são nomeadamente biológicos, genéticos e neuroquímicos. As síndromes e as reações depressivas surgem com mais frequência após perdas significativas: de pessoas muito queridas, de emprego, moradia, *status* socioeconómico, ou de algo puramente simbólico.

Do ponto de vista psicológico, estas síndromes têm uma relação fulcral com as experiências de perda (Hofer, 1996; Pino, 2003 cit. Dalgarrondo, 2006). Outros fatores igualmente significativos que podem levar mais tarde um indivíduo à depressão, passam pelas circunstâncias da parentalidade, (o momento da tomada de decisão, se o nascimento foi planeado ou acidental, se a gravidez foi desejada ou não, se ocorreu de forma natural ou extraordinária, se os pais são casados ou não, que idade tinham quando conceberam a criança, a cultura em que o casal se insere - promove ou não a natalidade...) estes podem ter grandes consequências na vida de uma criança (Papalia, Olds, Feldman, 2001).

Nas pessoas deprimidas as alterações de humor poderão divergir em diversas formas, num eixo de gravidade que vai desde a tristeza patológica persistente ao delírio de "pequenez" (Pardinielli & Bernoussi, 2006). Bruder, refere ainda para o facto de existir uma ligação entre as assimetrias percetivas, notórias em doentes deprimidos e certos traços clínicos (comorbilidade associada a ansiedade, subtipo

diagnóstico e resposta ao tratamento antidepressivo) (Siksou, 2008).

Atualmente ainda é um desafio psico-patológico permanente, a ordenação da depressão em vários subtipos (Porto, 2000; Dubovsky & Dubovsky, 2004 cit. Dalgadarrondo, 2006). Os subtipos de síndromes e transtornos depressivos mais utilizados na prática clínica são: Episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente; Distímia; Depressão atípica; Depressão tipo melancólica ou endógena; Depressão psicótica; Estupor depressivo; Depressão agitada ou ansiosa e Depressão secundária ou orgânica.

Suicídio

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o comportamento suicida está entre as três maiores causas de morte, distinguindo-se através do impacto e dos números de suicídio, tendo maior prevalência nas faixas etárias dos 15-20-30 anos. As pesquisas dos últimos anos têm mostrado haver um aumento da mortalidade global nos grupos mais jovens, entre os 15 a 45 anos. Nesta faixa etária o suicídio é a sexta causa que provoca maior incapacidade, afetando psicologicamente, emocionalmente e socialmente uma média de cerca de 5 a 6 pessoas que estão ligadas ao falecido (Nogueira, 2012).

O suicídio é uma das comorbilidades da depressão sendo esta uma patologia que obriga a um tratamento especializado. Na base da depressão está também a ansiedade patológica. De acordo com Cerezer & Rosa (1970) & Barbosa (2004), a ansiedade caracteriza-se pela sensação de perigo iminente, de angústia e a uma ação permanente do sistema nervoso simpático. Esta considera-se patológica quando é desproporcional em relação à inexistência de um estímulo aliciador específico ou à situação que a desencadeou. A pessoa ansiosa foca a sua atenção apenas no meio externo com o

objetivo de controlar apenas as ameaças, desgastando em demasia as suas energias na tarefa de lutar, esquivar e controlar a sua própria ansiedade (Bonfim, 2014)).

Nesta situação, é importante que os adultos mais próximos deste tipo de vítimas com características relevantes como: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade; agressividade e humor lábil, tenham uma atenção redobrada aos aspetos psicológicos que predispõem o suicídio, ajudando-as a procurar ajuda psicológica ou psiquiátrica (Nogueira, 2012).

É de salientar que o indivíduo deprimido sente um desespero absoluto que o pode levar ao ato de suicídio, sendo um risco bem real. Kay Jamison descreve a seguinte citação: *"Acordava profundamente cansado todos os dias e com um sentimento que me era totalmente estranho – aborrecido ou indiferente para com a vida. Depois, uma preocupação cinzenta e gélida com a morte, o morrer e o declínio – tudo nasce para morrer – e a convicção de que era melhor morrer imediatamente do que sofrer as penas da espera (Jamison, 1995)"*.

Recentemente, os avanços no tratamento da depressão têm alertado os médicos para a prevenção do suicídio ao nível básico da saúde primária, sensibilizando os médicos a não desvalorizarem os sintomas da depressão, avaliando o risco de suicídio, que muito das vezes é ignorado e negligenciado por estes profissionais de saúde. É importante, estes profissionais procurarem o apoio de colegas de saúde mental sempre que forem confrontados com este tipo de pacientes. Por vezes, estes pacientes revelam uma calma enganosa pelo facto de já terem tomado a decisão de se suicidarem (Nogueira, 2012).

O risco de suicídio na fase profunda da depressão por um lado é baixo, pelo facto

de tanto a tristeza como a apatia estarem no seu nível máximo, ainda que pensem em cometer o ato, não o fazem. No entanto, à medida que o paciente vai saindo da depressão e deixa de ter os cuidados especializados, aumenta o risco de suicídio, principalmente após ter alta médica ou durante as saídas de fins-de-semana (Beck, 1967). Ainda assim, este risco é maior para as pessoas com perturbação bipolar na fase de depressão do que para os que sofrem apenas de uma depressão. Cerca de 20% das pessoas bipolares acabam por cometer suicídio, no entanto é raro cometerem-no na fase maníaca (Andreasen & Black, 1996).

Desta forma, é importante reconhecer alguns sinais de alerta exibidos pelas pessoas deprimidas com intenção suicida, para se intervir de forma eficaz e se poder ajudar a salvar vidas, como por exemplo: sofrimento psicológico (tristeza intensa); perda de autoestima; constrição (redução dos horizontes a um simples tudo-ou-nada); isolamento (sensação de vazio e de falta de amparo); desesperança; mudanças rápidas de humor; egressão (fuga como única solução para acabar com a dor intolerável) e a impulsividade. Esta última permite a rapidez de passar do pensamento ao ato. Na maioria dos casos a intenção da pessoa não é pôr termo à vida, mas sim, acabar com a dor (Nogueira, 2012).

Borges (2005), afirma que existem três categorias diferentes na classificação do comportamento suicida, são elas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Deste modo é importante não negligenciar a ideação suicida.

Por fim, os autores Mello, Miranda & Muskar, (2005), defendem que é possível a modificação deste tipo de comportamento em qualquer ser humano, evitando que tanto os fatores (genéticos, orgânicos e ambientais), como os determinantes proximais (carências, ambientes empobrecidos e conflituosos), afetem o ser humano de forma

irreversível (Nogueira, 2012).

Distímia

A Distímia designa-se por uma depressão crónica, geralmente de intensidade leve, mas muito duradoura. Tem início na idade adulta e persiste durante vários anos. Os sintomas desta perturbação devem estar presentes de forma ininterrupta durante pelo menos dois anos. São eles, diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldades em tomar decisões ou de concentração, mau humor crónico, irritabilidade e sentimento de desesperança (Dalgadarrondo, 2006).

De acordo com o DSM-V, esta perturbação denomina-se perturbação depressiva persistente- distímia e tem um início precoce e insidioso (isto é, na infância, adolescência ou no início da idade adulta) tendo uma evolução crónica. Os sujeitos portadores desta perturbação têm frequentemente sobreposta uma Perturbação Depressiva Major, que é habitualmente a razão que os leva a procurarem tratamento. No caso da Perturbação Distímica preceder o início da Perturbação Depressiva Major, a probabilidade de uma recuperação completa e espontânea entre os episódios frequentes é muito menor (DSM-V, 2013).

Objetivos de estágio

Após uma reunião com o orientador do Estágio, foram definidos alguns objetivos a serem cumpridos ao longo do mesmo, como por exemplo: integração na equipa da unidade através da colaboração e empatia com a mesma; apoio incondicional e empatia com os pacientes, desenvolvimento de novas experiências através das técnicas de avaliação e reabilitação cognitiva e articulação do conhecimento teórico com novos conhecimentos através da prática clínica.

Desta forma, os objetivos deste estágio, permitiram uma aprendizagem aprofundada de todas as técnicas de diagnóstico e intervenção neuropsicológica, abrangendo a aplicação e a cotação das provas neuropsicológicas utilizadas, a construção de relatórios das avaliações e a familiarização das técnicas de reabilitação computadorizadas e de “papel e lápis.

O contacto visual e verbal com pacientes foi muito gratificante bem como, com os seus familiares que muitas vezes se sentem perdidos e exaustos. Foi possível também explicar aos vários intervenientes o que é feito dentro da unidade e ensinar todo o tipo de estratégias que podem ser utilizadas em casa, reforçando assim todo o trabalho para uma melhoria mais rápida e eficaz do doente.

Método

O Método é constituído pelos participantes, os instrumentos e os procedimentos desenvolvidos no local de estágio. Nos participantes estão inseridos todos os casos inclusive, os dois estudos de casos, acompanhados na avaliação e intervenção na unidade de neuropsicologia do CHPL

Nos instrumentos estão descritos apenas os que foram utilizados com os pacientes da unidade.

Nos procedimentos está inserida toda a dinâmica da prática clínica em contexto hospitalar na unidade de neuropsicologia, em termos de avaliação e intervenção clínica.

Participantes

Os participantes apresentados neste relatório, fazem parte de uma amostra que está subdividida em duas partes: a primeira parte, corresponde a dois sujeitos que constituem os estudos de casos (A e B), sendo a sua avaliação e intervenção descrita e explorada de forma mais exaustiva. A segunda parte, corresponde aos resultados dos pacientes que tenho acompanhado diariamente na consulta de neuropsicologia da unidade.

A descrição dos estudos de casos (A e B), referem-se aos dois indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 10 e 50 anos. O caso (A) descreve a avaliação e o acompanhamento psicológico de um homem portador de uma perturbação depressiva persistente- Distímica e o caso (B) descreve uma criança portadora da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

Na segunda parte da amostra é referenciada a média de casos avaliados e

acompanhados por mim ao longo do estágio académico. Estes casos são maioritariamente, adultos e idosos com as seguintes patologias: Depressão e Ansiedade, Bipolaridade, Hiperatividade, Demências, Défices Cognitivos ligeiros (DCL), Avc` e alguns Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE`s).

Tabela 1. *Amostra/ Estudos de Caso*

Caso/Nome	Idade	Motivo/Pedido	Avaliação Psicológica / nº de Sessões	Problema Inicial	Instituição
Caso A Miguel	50	Dificuldades na atenção sustentada / concentração e na memória	Entrevista Clínica e Avaliação Neuropsicológica 1 Sessão	Quadro depressivo	Hospital
Caso B Lucas	10	Défice de atenção e Dificuldades de Aprendizagem,	Entrevista Clínica e Avaliação Neuropsicológica 1 Sessão	Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção	Hospital

Nota. Estes dois casos serão devidamente explorados neste documento devido, não só à sua riqueza ao nível de informação, como também ao seu interesse clínico.

Tabela 2. *Intervenção Terapêutica nos Estudos de Caso*

Caso/Nome	Provas de Avaliação	Nº de Sessões	Resultados Terapêuticos
Caso A Miguel	Inventário Sintomatologia Neuropsicológica MD01-R	22	Verificou-se uma ligeira melhoria do estado depressivo, nomeadamente, na atenção sustentada e na memória verbal.
Caso B Lucas	Inventário Sintomatologia Neuropsicológica MD01-R	12	Verificaram-se ligeiras melhorias ao nível da atenção sustentada, da compreensão da linguagem oral e escrita, da compreensão de ordens complexas da repetição, e da nomeação.

Nota. Estes dois casos serão devidamente explorados neste documento devido, não só, à sua riqueza ao nível de informação, como também, ao seu interesse clínico.

Tabela 3. *Avaliação/ Reabilitação realizadas durante o Estágio*

Avaliações / Reavaliações	Reabilitação Neuropsicológica	Patologias mais frequentes
± 30	± 15	Demências; TEC's; Avc's; PHDA; Depressão; Ansiedade; Pert. Bipolar

Nota. A Reabilitação Neuropsicológica é realizada de forma alternada entre os vários profissionais disponíveis para o acompanhamento dos casos no momento.

Instrumentos

Será feita a descrição dos instrumentos utilizados como medidas de avaliação dos estudos de casos selecionados, tendo como critérios: a objetividade, a fidelidade e a validade, não pretendendo ser um manual de prova, mas sim, ser uma descrição sucinta das mesmas.

Entrevista clínica

A entrevista clínica é considerada a técnica mais importante na recolha de dados. Permite desta forma, recolher toda a informação inerente à história de vida, passada e atual do paciente. Permite também, criar uma boa relação terapêutica conduzindo o paciente na definição de objetivos intrínsecos à intervenção e definir um plano ajustado às necessidades de cada utente (Beck, 2013). A entrevista clínica utilizada na unidade é estruturada de acordo com a base teórica do modelo cognitivo de Aron Beck.

Observação clínica

A observação clínica é um dos instrumentos mais poderosos na prática da psicologia clínica, onde permite a recolha de dados valiosos e fundamentais no desenvolvimento de planos terapêuticos, sendo estes, avaliados posteriormente pelos diversos modelos. A observação clínica não se restringe somente ao sentido da visão mas abrange todos os demais sentidos, permitindo assim, uma recolha mais fiel e alargada de dados através da observação direta. (Ferreira & Mousquer, 2004).

Inventário da sintomatologia neuropsicológica - ISN

O ISN é uma entrevista semiestruturada, que permite a recolha exaustiva de informação sobre a história pessoal, familiar e clínica do paciente acerca do seu funcionamento global. Este inventário sintomatológico foi elaborado pelo Coordenador da unidade de neuropsicologia, Professor Doutor Manuel Domingos.

MD01 e MD01-Revisto

São exames neuropsicológicos utilizados para a avaliação do indivíduo, consistindo numa compilação de várias provas psicológicas e neuropsicológicas, tais como, Kettler Laurent Thirreau (KLT) que permite avaliar a atenção sustentada; 15 perguntas que permitem avaliar a orientação autopsíquica, temporal e espacial, apresentando 5 perguntas para cada orientação; uma prova de cálculo mental; Escala Clínica de Memória de Weschler (ECMW) que permite avaliar a memória imediata, com interferência, associativa e visual; Três papéis de Pierre Marie, que permitem a avaliação da compreensão áudio-verbal para ordens simples; Token Test, que avalia a compreensão áudio-verbal para ordens complexas; Nomeação, onde são apresentados 8 objetos e pede-se para a pessoa os nomear; Repetição, onde se pede que a pessoa repita 9 palavras; Prova de Linguagem escrita, onde se pede que a pessoa leia em voz alta a frase escrita numa folha e que de seguida faça o que o papel diz, e pedimos que escreva uma frase completa com sujeito, verbo e predicado; Provas de avaliação das áreas pré-frontais, constituído pelas Séries de Lúria (avaliando a programação grafomotora) e Crítica a Situações Absurdas; Provas para a avaliação de Práxias e Gnosias, sendo que o exame *MD01-Revisto*, apresenta provas mais extensas permitindo uma avaliação mais aprofundada; Prova do relógio (Clock Drawing Test), que avalia a capacidade de organização visuo-grafo-espacial e para finalizar, a análise do discurso.

O *MD01-Revisto* apresenta ainda algumas provas complementares tais como, a Prova de Dígitos, que avalia a atenção áudio-verbal através da repetição verbal da ordem direta e indireta; a avaliação de Práxias visuo-construtivas; houve um aumento de ordens para a avaliação das Práxias Bucal-Linguo-Faciais, Ideomotora e Ideativa; Autopognosia; Gnosia para Cores; Gnosias Somestésicas (Estereognosia, Grafestesia,

Digitognosia e *Transfer*); nas Provas de Cálculo, acrescentou-se, a Identificação de algarismos e sinais, a Noção de quantidade, e o Cálculo escrito; e para finalizar, uma prova que avalia a Dinâmica verbal semântica.

Escala Clínica da Memória de Weschler (ECMW)

Prova construída por David Weschler em 1945, destina-se a avaliar com rapidez a capacidade mnésica, aplicando-se individualmente e a sujeitos a partir dos 20 anos.

Apresentando-se como uma escala simples e de rápida administração, permite uma avaliação extremamente satisfatória do plano cognitivo do sujeito. É composta por 7 subtestes que avaliam dimensões, tais como, informação geral, orientação imediata, controlo mental, memória lógica, memória de dígitos, memória visual e memória associativa. Na unidade de neuropsicologia, foram retiradas três provas desta escala para incluírem o *MD01/MD01-Revisto*, a memória verbal com interferência, em que são ditas ao sujeito 5 palavras (Gato/Bola/Maçã/Blusa/Cravo), de seguida realiza-se uma tarefa de interferência (contar de 20 até 0), por cada palavra certa são atribuídos 3 pontos, sendo que esta prova tem um total de 15 pontos, no caso de ser necessário se dar uma primeira pista (por exemplo, a primeira palavra era um animal) serão dados apenas 2 pontos, caso se tenha de recorrer à segunda ajuda (por exemplo, a primeira palavra era um Pombo/Cão/Gato) será apenas atribuído 1 ponto, se mesmo assim a pessoa não se conseguir recordar serão dados 0 pontos; na prova de memória associativa, são lidas 3 vezes uma lista de pares de palavras, seis pares considerados fáceis visto as palavras fazerem ligação (por exemplo, Metal-Ferro), e 4 pares considerados difíceis (por exemplo, Acidente-Escuridão), além de avaliar a memória associativa, avalia também a existência ou não do efeito de aprendizagem, Total = (Fáceis/2) +Difíceis, sendo que o total máximo corresponde a 21 pontos; para

finalizar, temos a memória visual em que se pede à pessoa que preste atenção à figura e explicamos que de seguida será escondida e que terá de desenhá-la através da memória, o *score* máximo desta prova são 5 pontos.

Três papéis de Pierre Marie

Nesta prova são colocados em frente ao sujeito três papéis, um pequeno, um médio e um grande. É dito ao paciente que será pedido a realização de três instruções, em primeiro lugar é pedido que ponha o maior de lado, de seguida é pedido que dê o médio ao técnico, e por último que o paciente guarde para si o pequeno. Cada instrução vale 1 ponto, sendo que o total da prova corresponde a 3 pontos.

Token Test

O Token Test apresenta várias variantes, e é utilizado para a avaliação da compreensão verbal e execução de ordens complexas, permitindo o despiste de distúrbios do desenvolvimento que afetem esta dimensão da fala. O paciente tem à sua frente 20 peças quadrados e círculos grandes e pequenos que variam entre o preto, branco, amarelo, vermelho e verde. Adaptando as instruções da prova consoante o tipo de linguagem que o sujeito apresenta será pedido a execução de várias ordens em que o sujeito fornecerá uma resposta gestual, podendo variar do mais simples “Aponte um círculo” para algo mais complexo como “Ponha o círculo branco sobre o quadrado vermelho”.

Caso a pessoa execute a ordem à primeira tentativa obtém 1 ponto, caso isso aconteça à segunda tentativa tem 0,5 pontos, se não conseguir realizar a ordem obtém 0 pontos. A pontuação máxima desta prova é de 22 pontos.

Séries de Lúria

As séries de Lúria permitem a avaliação do estado da programação grafo-motora do sujeito onde é apresentado ao paciente um início de sequência, por exemplo, triângulo-quadrado-triângulo-quadrado, e é pedido que continue a sequência até ao fim da linha sem que movimente a folha, caso a sequência esteja toda correta é dado 1 ponto, caso apresente alguma falha é dado 0 pontos, porque não foi capaz de programar ao longo do tempo.

Prova do Relógio – Clock Drawing Test

Esta prova é aplicada em adultos e permite a avaliação das capacidades visuo-espaciais, visuo-construtivas e pode, também, contribuir para a avaliação da função executiva e memória. Existem várias versões desta prova, variando na natureza das instruções dadas ao paciente, no sistema de cotação e na quantidade de estrutura fornecida pelo material.

Na Unidade de Neuropsicologia é utilizado o seguinte procedimento, é pedido ao examinado que desenhe o mostrador do relógio em forma de círculo e que coloque todas as horas no mesmo, assinalando de seguida, com os ponteiros 11h e 10 min.

A pontuação é distribuída da seguinte forma: desenho do mostrador (1 ponto); número 12 no topo (3 pontos); colocação dos ponteiros (2 pontos); os restantes números na posição correta (2 pontos) e para finalizar, sinalização da hora correta (2 pontos), apresentando um total de 10 pontos. Uma pontuação entre 0 e 6 indica a presença de uma disfunção cognitiva, e de 7 a 10 indica uma função cognitiva normal. Terá de se ter em atenção a escolaridade e a idade do paciente.

Kettler Laurent Thirreau (KLT)

Esta prova tem como objetivo avaliar a atenção sustentada e faz parte do Screening neuropsicológico da Unidade de Neuropsicologia do CHP. É apresentada ao paciente por uma folha A4 composta por 12 linhas com 20 quadrados cada uma, estes quadrados distinguem-se pela orientação de um traço exterior, podendo ser direcionado por uma das oito direções da rosa-dos-ventos, existindo em cada uma das linhas cinco quadrados de cada tipo. O paciente é instruído a traçar o maior número possível de quadrados iguais ao modelo (três símbolos), apresentado na parte superior da folha de prova, linha a linha da esquerda para a direita como se estivesse a ler, durante um tempo limite de quatro minutos. No final da prova, contabiliza-se o número de quadrados assinalados corretamente (C), o número de quadrados omitidos (O) e o número de quadrados assinalados incorretamente (E). Cotação = $C - (E+O) / 90 \times 100$, de seguida avalia-se o nível de dispersão através da subtração do valor rácio a 100%.

Mini mental state examination (MMSE)

O Mini mental é uma prova psicológica cujo objetivo é avaliar o estado mental do paciente e é particularmente utilizado em pessoas de mais idade.

O MMSE é uma pequena bateria de avaliação cognitiva constituída por itens que avaliam a orientação autopsíquica-espaco-temporal, a capacidade de retenção de três palavras, a atenção e cálculo, a capacidade de evocação de três palavras, a linguagem, e a habilidade construtiva.

É um teste de fácil aplicação e cotação sendo provavelmente o teste mais utilizado para a demência, contudo não pode por si só servir de diagnóstico, sendo que não substitui o exame neuropsicológico que conduz a obtenção de um diagnóstico.

A nota máxima é 30 e os resultados obtidos estão relacionados com o grau de escolaridade e com a idade do sujeito: indivíduos com mais escolaridade tendem a obter resultados mais elevados comparativamente aos de menor escolaridade e os resultados tendem a diminuir com a idade.

Tabela 4. *Avaliação da presença ou ausência de Défice Cognitivo*

Escolaridade	Valor obtido
Analfabetos	<=15
1 a 11 anos de escolaridade	<=22
Escolaridade superior a 11 anos	<=27

Lista de sintomas de Hopkins (SCL-90)

Este inventário avalia nove sintomas de desajustamento emocional. A Hopkins Symptom Distress Checklist 90, Revised (SCL-90) é um inventário de 90 itens para a autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional. Tem como objetivo avaliar a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. Os índices globais são: o Índice Sintomático Geral (GSI), o Total de Sintomas Positivos (PST) e o Índice de Stress dos Sintomas Positivos (PSDL). Estes índices constituem as nove dimensões primárias: a Somatização, as Obsessões-Compulsões, a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, a Ansiedade, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica, a Ideação Paranóide e o Psicoticismo. Cada item do SCL-90-R é avaliado numa escala de 5 pontos que variam entre: 0 – “Nunca” e 4 - “Extremamente”. Na folha de cotação anotam-se os valores obtidos para cada item, de 0 a 4 pontos. Somam-se os valores em cada são valores e depois dividem-se pelo número de itens

dessa dimensão. Os valores inferiores a 2 estão dentro dos parâmetros normais, os valores entre 2 e 2,5 são valores borderline e os valores iguais ou superiores a 2,5 são considerados patológicos. Em termos psicométricos, este inventário tem apresentado níveis adequados tanto de consistência interna como de fidelidade teste-reteste, tendo Derogatis, Dickels e Rock (1976), encontrado valores de coeficiente alfa que variam entre:77 e .90. Derogatis (1977) encontrou coeficientes de teste-reteste que variam entre:78 e .90.

Procedimentos

O estágio académico foi iniciado a 19 de Janeiro de 2015, na unidade de neuropsicologia do CHPL. Durante uma reunião com a equipa da unidade foram delineadas todas as diretrizes do funcionamento interno da instituição para o decorrer do estágio.

Inicialmente, o coordenador do estágio apresentou um exemplar de todas as provas psicológicas e neuropsicológicas dos pacientes, incluindo as respetivas cotações para que se adquirisse um conhecimento mais aprofundado das mesmas. Seguidamente, o coordenador exemplificou todo o procedimento e estratégias das provas de acordo com o tipo de paciente ou situações inerentes. De seguida, foi também entregue um modelo de relatório estandardizado para treinar a sua execução.

Deste modo, na primeira semana, foram efetuadas observações e leitura exaustiva dos processos dos pacientes, para uma maior compreensão da descrição das sessões, das avaliações das reavaliações, dos relatórios elaborados e das técnicas de papel e lápis, aplicadas a cada caso. Com o consentimento dos pacientes houve a oportunidade de se proceder à observação das avaliações e reabilitações através do programa computadorizado *Rehacom*, utilizado na reabilitação neuropsicológica.

Após a segunda semana de observação, o coordenador de estágio deu pela primeira vez, a oportunidade de se realizarem as provas e acompanhar os pacientes na reabilitação, ainda com supervisão. Inicialmente era perceptível alguma ansiedade, mas depressa se gerou um ambiente de empatia entre a equipa e os pacientes.

Durante o período de adaptação, surgiu a oportunidade de se aprender a elaborar os relatórios dos pacientes, tendo sido facultada a ajuda dos colegas mais experientes da unidade juntamente com o Coordenador. Ao fim de três semanas, foi possível sentir uma maior segurança e capacidade para realizar as avaliações e as reabilitações sem supervisão.

É de salientar, que ao contrário do que era habitual, houve um aumento gradual do número de novos pacientes nas consultas da unidade, como reflexo da situação em que se encontra a sociedade. Cada vez mais apareciam pessoas enviadas dos seus médicos de família, para fazerem avaliações cognitivas na unidade do CHPL. Em algumas situações os pacientes chegavam muito perturbados, extremamente ansiosos devido à mudança radical das suas vidas (perda de emprego, divórcio, perda de familiares, perda gradual da memória devido ao stresse ...). Em algumas situações os pacientes não estavam em condições psicológicas e emocionais para serem avaliados, sendo a sessão direcionada para um acompanhamento psicológico adaptado a cada caso, permitindo ao paciente fazer a sua catarse e fornecer-lhe algumas estratégias de *coping* como, técnicas de relaxamento, seta descendente e reestruturação cognitiva.

Para além da avaliação neuropsicológica, do apoio psicológico e da terapia de reabilitação cognitiva através do *Rehacom* e de técnicas de papel e lápis, utilizaram-se tarefas de casa, como atividades integradas no processo terapêutico e técnicas cognitivo-comportamentais, para a modificação das crenças do paciente.

De um modo geral, as sessões das consultas eram realizadas durante 30 minutos cada, exceto no caso das avaliações que demoravam entre 60 a 90 minutos, dependendo da capacidade do paciente. Eram consultados, em média, cerca de 13 a 15 pacientes por dia. Por norma, após a 16ª e a 20ª sessão, já era visível uma melhoria dos transtornos do eixo 1.

Relativamente à intervenção clínica específica dos estudos de caso A e B, o procedimento baseou-se também na utilização das mesmas técnicas anteriormente referidas. Em ambos os casos (A e B), a terapia de apoio foi a terapia cognitiva, que se caracteriza por uma abordagem ativa, diretiva, Psicoeducativa e breve. Os elementos básicos da intervenção passaram por uma breve avaliação do humor e uma verificação do uso da medicação quando aplicável, pelo estabelecimento da agenda, por fazer a ponte com a sessão anterior, pela discussão dos tópicos estabelecidos, pela revisão da tarefa de casa, pela indicação de nova tarefa de casa e por fim, por fazer o resumo e feedback da sessão.

Em ambos os casos clínicos, a intervenção começou com a observação clínica, a entrevista semiestruturada (ISN) e a aplicação do exame neuropsicológico (MD01-R). A observação clínica permitiu recolher dados, tais como, a aparência, a postura, o discurso e o comportamento verbal e não-verbal. A entrevista clínica teve como objetivo a recolha de dados mnésicos que permitiram fazer o diagnóstico e a elaboração do plano de terapêutico mais viável à problemática do paciente. O MD01-R permitiu avaliar as diversas funções cognitivas, como a atenção/concentração, a memória, o raciocínio lógico (...). Gradualmente, ao longo das sessões, foram-se verificando ligeiras melhorias nos pacientes, ao nível psicológico, emocional e comportamental.

Durante todo o processo terapêutico, foi possível o estabelecimento da empatia

com todos os pacientes, o que permitiu obter uma boa relação terapêutica. A eficácia deste processo terapêutico passou pela eficiência de um plano conciso de tratamento, como por exemplo, o desenvolvimento de uma relação empática e colaboradora, motivação do paciente para o tratamento, conceptualização do problema, realização de várias intervenções cognitivas e comportamentais, estabelecimento de metas e fortalecimento dos recursos internos do paciente, através da indução de esforços para a prevenção de uma recaída.

Ao longo de todo este período, foi visível durante o processo terapêutico compreender que cada caso é individual e complexo na sua especificidade, logo, é necessário da parte dos técnicos desenvolverem alguma sensibilidade e competências teóricas e práticas que se ajustem a cada situação.

Outras atividades desenvolvidas

Além das atividades realizadas dentro da unidade da instituição, foram também realizadas atividades extras, praticadas no local de estágio. São elas:

- Apresentação de uma comunicação científica, em formato *poster*, com o título “Psicologia do Cérebro” no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, realizado na Universidade Lusíada de Lisboa em Abril de 2015
- Participação no Primeiro Congresso de Neuropsicologia Português
- Participação em uma formação em neuropsicologia realizada pelo Coordenador Doutor Manuel Domingos, dentro da Instituição Psiquiátrica (CHPL).

(Ver tabela de atividades em anexo).

Resultados

Relativamente à intervenção clínica, serão apresentados dois casos clínicos acompanhados na Unidade de Neuropsicologia do CHPL. De acordo com o Código deontológico (Lei 57/20089), e de forma a respeitar a confidencialidade e sigilo profissional, os nomes dos pacientes são fictícios e a descrição pormenorizada de algumas sessões e relatórios inerentes aos casos, será colocada em anexo apenas nas cópias entregues aos arguentes.

Estudo de caso A

Identificação

Miguel (nome fictício), 50 anos, casado, nascido a 12 de Junho de 1965, é de nacionalidade portuguesa e reside em Lisboa. A sua escolaridade é a 4ª classe (antiga) e a sua profissão era cantoneiro (reformado).

Proveniência

O paciente foi encaminhado à consulta de neuropsicologia pelo seu Psiquiatra para fazer uma avaliação neuropsicológica.

Motivo

O paciente apresenta queixas mnésicas e sintomatologia depressiva com episódios psicóticos, os quais se têm agravado nos últimos dois anos, inclusive, tem frequentemente pensamentos de suicídio. Queixa-se de uma tristeza generalizada "*apertos no peito, tristeza incessante e perda de interesse*"(tristeza e anedonia), sendo a sua principal preocupação a falta de memória. Refere ainda, grandes dificuldades de mentalização e elaboração mental, falta de concentração, e dificuldades de compreensão das ordens complexas.

Momento "zero"

O paciente tem uma aparência cuidada. O seu discurso é fluente, organizado e coerente sem alterações do pensamento ou da percepção. É orientado no espaço e no tempo em todas as referências. Apresenta um olhar cabisbaixo com raro contacto visual, expressão facial triste, atenção captável, mantida e mobilizável. O humor é deprimido com afetos congruentes com o humor, sinais de ansiedade e de ideação suicida estruturada.

Antecedentes pessoais e familiares

Percurso escolar

O paciente teve um percurso curto mas regular na escola, foi bom aluno mas não teve oportunidade de continuar os estudos.

Estrutura e dinâmica familiar

A estrutura familiar do Miguel foi muito frágil, refere que teve uma infância muito triste. Foi abandonado pelos pais aos nove meses de idade, sendo encontrado sozinho pelos bombeiros numa casa que estava a arder. Mais tarde ficou aos cuidados de uma senhora que já tinha treze filhos.

Aos quatro anos de idade a mãe biológica foi buscá-lo tendo uma conduta para com ele de maus tratos físicos e psicológicos - o que originou momentaneamente a perda da fala. Mais tarde, voltou para o acolhimento da mãe adotiva onde viveu até à idade adulta. Durante estes anos a mãe biológica esporadicamente aparecia para o ameaçar. O pai nunca o conheceu. Tem oito irmãos biológicos sendo que não tem qualquer tipo de relacionamento devido a estes terem sido criados longe dele, na casa pia. O paciente relata que *“os meus irmãos tentavam contactar-me mas eu nunca quis*

falar com eles”. Considera ainda que apesar de todo o sofrimento vivido durante a sua infância, teve uma adolescência dita “normal”, com alguns amigos que foi adquirindo ao longo da sua vida com os quais mantinha um bom relacionamento, relata.

Casou aos vinte e dois anos de idade e tem dois filhos desse casamento, relata que tem sido feliz com a sua esposa. Atualmente faz vinte e cinco anos de casado, ama a sua família e é pela mesma, que tem resistido aos pensamentos suicidas recorrentes que o assombram desde há oito anos.

A família nuclear é o seu porto seguro e o seu grande apoio: “*não o vamos deixar desistir, estamos aqui para o ajudar a conseguir vencer*” relata a esposa.

Percurso Profissional

Relativamente ao seu percurso profissional, o paciente trabalhou durante 30 anos como cantoneiro. Não exerceu outra profissão.

Dinâmica social (Perfil do sujeito como indivíduo; relações inter/intrapessoais e ocupação)

O paciente apresenta alguns problemas nas relações inter e intrapessoais, que o leva a ter dificuldades em estabelecer uma rede social estável. Descreve que perdeu também o interesse por qualquer atividade que lhe dava prazer “*não tenho paciência para estar com os meus amigos e prefiro ficar sozinho em casa*” Relata.

História clínica

O paciente há oito anos que anda em Psiquiatria onde o seu médico lhe diagnosticou um quadro de depressão Major com episódios psicóticos em contexto de perturbação da personalidade. Em 2013, o paciente foi internado pela primeira vez num hospital psiquiátrico, após ter sido encontrado pela família a deambular com uma

faca. Refere que não se recorda muito bem do sucedido, afirmando "*era uma faca grande...foi para matar a minha mulher e o meu filho, ia para o café mas continuei em frente depois o meu filho tirou-me a faca, mas eu já tinha dado várias voltas... aquilo que eu penso, faço.*"(SIC). O doente ainda descreve outros episódios semelhantes e episódios com intencionalidade autoagressiva, referindo sempre não se recordar de nenhum deles. O episódio mais recente foi em 2014, quando pretendeu pegar fogo às suas pernas. Deste ato, resultou um internamento na unidade de queimados, desde aí apenas são descritos episódios de heteroagressividade que ocorrem após ser negado internamento quando necessário, estes episódios facilmente são controlados pelo filho. Anteriormente, o paciente apenas tinha tido alguns comportamentos que poderiam sugerir ideação de autodestruição, estando sempre acompanhado por terceiros. Perante este quadro clínico, o seu psiquiatra referenciou que foram excluídas a existência de patologia cerebral e de patologias associadas a estados alterados do pensamento, perceção, humor e energia, referindo-se nomeadamente a alguns breves episódios de ansiedade.

Posteriormente, o paciente foi encaminhado pelo seu Psiquiatra ao serviço de Neuropsicologia do CHPL no dia 15/05/2014, onde foi submetido pela primeira vez a uma avaliação neuropsicológica para avaliar as funções cognitivas.

Regressou à unidade após um ano (2015), devido a vários internamentos em Psiquiatria, onde foi novamente submetido a uma reavaliação e de seguida à inserção no programa de reabilitação.

Atualmente, o paciente queixa-se que nos últimos dias se tem sentido pior, relatando *ŕndo muito desanimado e com ideias de me fazer mal.* Refere ainda, que desde há um mês tem vindo a sentir-se pior, com muita tristeza, ideias de suicídio e sem vontade de fazer qualquer atividade, nega alterações do sono e do apetite. Refere

constantemente pensar em desaparecer e só não concretiza o ato, porque pensa no sofrimento que poderia causar aos filhos. Nega períodos de ilação do humor, desinibição ou gastos excessivos.

Terapia farmacológica

O paciente quando chegou à Unidade de Neuropsicologia estava a tomar a seguinte medicação:

Clozapina 100mg (deitar)

Mirtazapina 100mg (deitar) mais (1 em SOS caso necessite)

Sinvastatina 10mg (jantar)

Em 2013, o paciente foi submetido a ECTs, a AP de úlcera gástrica, hipercolesterolemia, sendo medicado com pantoprazol e sinvastatina. Tem sido internado diversas vezes em psiquiatria, sendo que, no último internamento o doente manteve-se assintomático, tendo sido iniciada uma diminuição da terapêutica farmacológica.

Observação clínica

No espaço avaliativo o paciente apresenta alguns sinais de ansiedade, deprimido, fragilizado, inibido e com um olhar e postura cabisbaixa. Revela um discurso pouco fluente mas organizado, um pensamento lentificado e negativo, deseja apenas morrer para acabar com o sofrimento. Veio à consulta apenas a pedido da família e do seu médico assistente.

Avaliação neuropsicológica

O Miguel foi submetido a um exame neuropsicológico - MD01-R constituído pelas seguintes provas psicológicas: Três papéis de “Pierre Marie”; Token Test; Mini Mental Test; Toulouse Piéron (KLT); Séries de Lúria; Escala de Memória Wechsler (WMS); Prova do Relógio e a prova SCL-90. Esta avaliação é precedida de um inventário de sintomatologia neuropsicológica- NSI.

Da análise dos dados registaram-se os seguintes resultados: um discurso fluente e desorganizado, com abundantes segmentos psicóticos e confusionais e ainda alterações articulatórias; perturbação da compreensão audio-verbal de ordens simples (P. “Três Papeis de Pierre Marrie” = 0/3) e de ordens complexas (Token Test = 3/22; nomeação, Repetição e Linguagem escrita bastante comprometidas; desorientação autopsíquica, temporal e espacial (ECMW = 2/15); atenção sustentada caracterizada por um elevado grau de dispersão (KLT – N. D. = 32%, V. Norm > 50%, ID = 68%, V. Norm = 0% a 14%); acentuadas alterações do Cálculo mental; capacidade mnésica caracterizada por graves alterações da memória verbal imediata (Prov. (WMS – fig. = 4/15, memória verbal com interferência (Prov. 5 Pal. = 2/15), memória associativa (3/21) e da memória visual (0/ 5); quadro apraxo-agnósico generalizado; disfunção Pré-Frontal grave (capacidade de sequenciação da ação / Séries de Lúria = 0/2 e componente orbitária / Crítica a situações Absurdas = 0/2); acentuadas alterações ao nível da capacidade de organização visuo-grafo-espacial, atenção / Prova do relógio = 2/9) e uma alteração significativa nas seguintes escalas do SCL-90 (> 2.00): Somatização (1,70); Depressão (1.98); Ansiedade (1.70).

Conclusão

Perante estes resultados, a avaliação revelou um quadro neuropsicológico acentuadamente difuso, caracterizado por graves alterações da atenção, orientação, memória, linguagem, praxias, gnosias e processos pré-frontais e uma depressão patológica severa. Esta situação é compatível com o síndrome demencial devido ao facto do paciente nunca ter feito reabilitação neuropsicológica. O quadro supracitado, de contornos crónicos e resistente a todas as medidas terapêuticas é incompatível com qualquer desempenho de carácter profissional, havendo forte dependência de terceiros para a execução das atividades quotidianas.

Sugere-se a inserção do paciente no Programa de Reabilitação da Unidade de Neuropsicologia. A reabilitação permitirá ao paciente diminuir o risco de uma demência, minimizar os sintomas depressivos inclusive a ideação suicida recorrente, no sentido de evitar o agravamento do seu quadro clínico.

Hipótese de diagnóstico

De acordo, com a observação e avaliação da sintomatologia, a hipótese de diagnóstico do quadro clínico do Miguel insere-se de acordo com o DSM-V, na Perturbação Depressiva Persistente-Distímia, pelo facto de os critérios de diagnóstico A, B, estarem presentes durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, pelo menos durante dois anos.

300.4 (F34.1) - Perturbação depressiva persistente (distímia)

Esta perturbação representa a fusão da Perturbação Depressiva Major crónica e da Perturbação Distímica, definidas no DSM-V.

Critérios de diagnóstico do DSM-V congruentes com a perturbação do Miguel:

a) Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos 2 anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros; b) presença, enquanto deprimido, de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas- apetite diminuído ou aumentado, insónia ou hipersónia, baixa energia ou fadiga, falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança; c) durante um período de dois anos (1 ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses de cada vez; d) os critérios para perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante 2 anos; e) nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para a perturbação ciclotímica. (...); f) a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas; g) os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou a outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo) e h) os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

As especificidades da perturbação são: características melancólicas e com mal-estar ansioso; remissão parcial; início tardio; episódio depressivo major persistente e gravidade atual grave.

Os indivíduos que sofrem de perturbação depressiva major ou perturbação depressiva persistente- distimia, por norma têm como comorbilidade associada à

patologia, a perturbação da personalidade. De acordo com o DSM-V, juntamente com a hipótese de diagnóstico do Miguel, estão reunidos todos os critérios de diagnóstico que caracterizam os grupos B e C da perturbação da personalidade.

Plano de intervenção

A equipa do Serviço de Neuropsicologia do CHPL delineou um plano de intervenção para uma reabilitação mais ajustada possível perante a elaboração da avaliação e estruturação da história clínica do paciente para trabalhar de forma mais eficaz e eficiente as áreas cognitivas mais afetadas. Foi-lhe explicado todo o procedimento em termos de objetivos a alcançar, apoio psicológico, expectativas em termos de resultados, possível acompanhamento psicológico e terapêutico e metas a curto, médio e longo prazo para atingir esses objetivos. O paciente mostrou-se recetivo e colaborante.

Desta forma, iniciou-se a reabilitação do paciente a partir da estimulação da atenção sustentada através das técnicas informatizadas do programa *Rehacom* designadas por atenção/concentração e Memória Verbal. Por fim, foi disponibilizado apoio psicológico sempre que o paciente necessitasse. O Miguel iniciou assim, o seu plano terapêutico na unidade durante várias sessões semanais cujo objetivo era trabalhar os objetivos a curto e longo prazo para minimizar as suas limitações tanto cognitivas como psicológicas e emocionais.

Objetivos a curto prazo:

- a) Construção da relação terapêutica;
- b) Definição de regras e limites;
- c) Diminuir a rigidez/inflexibilidade.

- d) Promover e facilitar a expressão emocional;
- e) Aumentar a permeabilidade à perspetiva do outro.

Objetivos a longo prazo:

- a) Desenvolver competências de relacionamento interpessoal;
- b) Gerir as mudanças de rotina ou ambiente de forma mais adaptada;
- c) Reduzir a frequência e intensidade dos comportamentos de poder e controlo;
- d) Aumentar as expressões das emoções.

Estratégias:

- a) Empatia, confiança;
- b) Exploração do mundo;
- c) Técnicas de negociação;
- d) Inserção da perspetiva do outro.

Prognóstico

O paciente apresenta um diagnóstico ainda pouco favorável, mas expectável.

Intervenção

O Miguel começou a ser acompanhado na Unidade de Neuropsicologia do CHPL, a partir do dia 15/01/2015 ao longo de 22 sessões com duração de 30 minutos cada uma, durante sete meses.

1ª Sessão

Foi feita uma avaliação neuropsicológica através da observação clínica, da entrevista semiestruturada e do exame neuropsicológico, cujo objetivo foi a recolha dos seus dados mnésicos. Mostrou-se apreensivo, porém colaborante com os objetivos propostos na terapia.

2ª Sessão

O Miguel iniciou a sua reabilitação através da primeira técnica do *Rehacom-Atenção/concentração*. Esta técnica, ao estimular a atenção sustentada, permitiu trabalhar o défice de concentração do Miguel causado pela depressão. Esta técnica é composta por vários painéis de diversas figuras em que uma serve de modelo, no qual, o paciente tem que se focar na sua diferenciação. Realizou esta tarefa de forma positiva não revelando grandes dificuldades de aprendizagem.

3ª, 4ª e 5ª Sessão

O paciente realizou a mesma tarefa sempre com um olhar cabisbaixo, um pouco apático mas determinado em alcançar o melhor resultado possível na reabilitação. Por norma, é pouco falador contudo é educado. Dificilmente sorri, a não ser quando se brinca com ele...”então Sr. Miguel pronto para mais uma batalha...então já viu que até

o computador o ajuda.” SIC.

6ª Sessão

O paciente iniciou a segunda técnica de reabilitação cognitiva - Memória Verbal - esta técnica estimula a memória verbal ajudando o paciente a desenvolver a leitura e a memorização. Consiste na leitura de vários textos em que o paciente tem que seleccionar e memorizar o conteúdo mais relevante, como por exemplo, nomes, datas e números inerentes à sequência das respostas que se sucedem. Durante a sessão mostrou-se muito interessado nesta tarefa e quis continuar o programa.

7ª Sessão até à 12ª sessão

O paciente manteve o mesmo registo, humor triste, apático e só sorria se se interagisse com ele. É de salientar que este tipo de reabilitação requer silêncio absoluto dentro do gabinete para que o paciente se consiga concentrar na tarefa. Ainda assim, durante a sessão a esposa trocava algumas impressões com o técnico para melhor compreender o comportamento do Miguel em contexto familiar e ocupacional. Foi-lhe fornecido todo o esclarecimento e apoio necessário.

13ª Sessão

O Miguel vinha muito deprimido, apático, olhar cabisbaixo e pouco interativo devido ao facto, de ter tido uma crise psicótica e ter sido internado temporariamente em Psiquiatria. A sessão foi nesse sentido, direccionada para o apoio psicológico do paciente e da família.

14ª Sessão

Reiniciou o mesmo programa (memória verbal) mas como estava ainda muito fragilizado a tarefa não foi tão produtiva. Não conseguiu manter o nível em que se encontrava e ficou desanimado. Por norma, os pacientes não gostam de manter o nível

nem descer de nível, como foi o caso do Miguel durante algumas sessões.

15ª à 18ª sessão

Foi o período mais difícil para a sua reabilitação. Sempre que o Miguel tem uma crise psicológica, descompensa de tal forma, que só pensa em querer morrer. Neste período, as sessões realizaram-se apenas através de apoio psicológico ao Miguel e à família (esposa e filha).

19ª Sessão

Começou a reabilitação informatizada e, progressivamente, foi adquirindo novamente interesse pela tarefa. O seu semblante revelava alguma progressão interna, como por exemplo, alguma esperança de superar, mais uma vez, o impacto da crise psicológica e emocional.

20ª, 21ª e 22ª sessão

O Miguel já estava ligeiramente mais animado e confiante na sua reabilitação. Já era visível algum progresso ao nível da concentração e da memória. Nesta fase, conseguiu completar os níveis da primeira técnica e metade dos níveis da segunda técnica. Apesar, de continuar a aumentar a motivação para fazer a terapia é de salientar que a qualquer momento da sua vida o Miguel pode descompensar e ter que recomeçar tudo de novo. Neste sentido, o acompanhamento psicológico é determinante para a sua recuperação psicológica e emocional, evitando o agravamento da sua patologia.

Durante a maior parte das sessões, o seu estado de humor manteve-se deprimido e desmotivado, havendo progressivamente de sessão para sessão, uma pequena melhoria significativa dos sintomas depressivos. O paciente relatava, esporadicamente, que se sentia deprimido e sem interesse pela vida desde há oito

anos, queria apenas morrer "*não ando cá a fazer nada, quero morrer, ainda não o fiz para não fazer sofrer a minha família.*"

Análise e evolução das sessões

Apesar da angústia permanente e das limitações psicológicas, físicas e emocionais, o Miguel, gostava de vir às sessões e fazer a reabilitação. Sentia uma grande empatia por toda a equipa que o apoiava incondicionalmente estabelecendo com ele uma relação de empatia, confiança e sigilo absoluto. Durante as sessões, havia a alternância entre o apoio psicológico e a reabilitação cognitiva para o ajudar a reestruturar-se cognitivamente através de estratégias de *coping* como por exemplo, técnicas de relaxamento para baixar os níveis de ansiedade, fazer a seta descendente para reestruturar os seus pensamento automáticos e a reabilitação informatizada do *Rehacom*. fortalecendo assim, os seus recursos internos, estimulando as áreas cognitivas mais alteradas como, a atenção e a memória. As fases mais complexas foram aquelas a seguir ao internamento do paciente, no qual este, costumava vir muito debilitado e desmotivado, psicológica e emocionalmente. Frequentemente, relatava que "*queria morrer e que não sente alegria pela vida.*" Deste modo, eram canalizados os esforços necessários para trabalhar a sua autoestima e a motivação, o que era sempre um grande desafio. "*Se se conseguir ajudar o Miguel a sair com um sorriso, já se conseguiu cumprir objetivo terapêutico. SIC*

Durante as sessões houve uma prestação de cuidados clínicos em reeducar a família, cujo impacto da doença do Miguel tem sido muito desgastante e exaustivo durante estes últimos anos.

Entre as sessões o Miguel descompensou duas vezes tendo sido internado em Psiquiatria num hospital da área de Lisboa devido ao agravamento dos sintomas

depressivos e psicóticos.

Ao longo deste tempo terapêutico foi notável de sessão para sessão, uma ligeira melhoria ao nível psicológico (menos triste e raramente tem os pensamentos suicidas) e neuropsicológico (menos ansioso, mais concentrado e motivado). Neste momento o seu estado emocional está estável. De todos os objetivos propostos na intervenção terapêutica, apenas se conseguiu cumprir dois dos objetivos a curto prazo- promover e facilitar a expressão emocional e o estabelecimento da relação terapêutica. O caso do Miguel é muito complexo, sendo cada sessão um grande desafio para toda a equipa da unidade de neuropsicologia.

Discussão do caso A

Tendo em conta o abandono parental do Miguel e posteriormente ter sido criado por uma mãe adotiva longe dos seus irmãos, poderá afirmar-se que o Miguel desenvolveu um vínculo inseguro. Este comentário vem de encontro com a afirmação dos autores (Papalia, Olds & Feldman, 2001) que defendem que toda a decisão, momento e circunstâncias da parentalidade podem ter grandes consequências para o desenvolvimento de uma criança. São vários os fatores que determinam o tipo de vínculo entre a criança, os pais ou os seus cuidadores, como por exemplo, se foi planeada ou acidental, desejada ou não, se ocorreu de forma natural (...).

Deste modo, este vínculo inseguro desencadeou no Miguel uma grande ansiedade ao longo da sua vida tornando-o em uma pessoa ansiosa. A corroborar esta ideia está a opinião da autora Bonfim (2014), que defende que o indivíduo ansioso está somente focado no meio externo e só tem um objetivo, controlar apenas as ameaças desgastando ao máximo as suas energias.

A ansiedade desproporcionada gerou mais tarde no Miguel uma Depressão Major

recorrente que se agravou no tempo contribuindo para uma Perturbação Depressiva Persistente- Distimia com episódios psicóticos, pelo facto de o mesmo relatar que desde há oito anos que sente uma tristeza incessante e uma grande falta de prazer por qualquer atividade, desesperança e pensamentos e atos suicidas. A confirmar esta situação estão os autores, (Dalgadarrondo, 2006 & Fernandes, 2006) que definem esta perturbação como uma depressão crónica, geralmente de intensidade leve, mas muito duradoura em termos de sintomatologia. Tem início na idade adulta e persiste durante vários anos. Os sintomas desta perturbação estão em conformidade com os do Miguel, a confirmar este quadro sintomatológico estão também os autores (Beck e Alford, 2011; Penninx, Deeg, Van Eijk, Beekman e Guralnik, 2000), onde afirmam que a Depressão transcende o conceito de tristeza, é uma tristeza patológica que afeta o funcionamento físico, mental e social.

De acordo com os autores (Birren e Renner, 1980), todo o indivíduo pode descompensar e entrar num processo patológico em um momento da sua vida. Esta afirmação vem corroborar com a situação do Miguel visto que o mesmo desenvolveu a patologia há cerca de oito anos.

Perante a sua história clínica que incluem alguns episódios psicóticos, o paciente já tentou o ato suicídio diversas vezes tendo sido sempre hospitalizado devido à gravidade das lesões. A confirmar este relato temos a afirmação dos autores (Kay Jaminson, 1995 e Back, 1967) "O indivíduo deprimido sente um desespero absoluto que o pode levar ao suicídio, sendo um risco bem real. Perante os pensamentos e tentativas de suicídio do Miguel, o autor Borges (2005), confirma ainda que estes factos se agrupam em três tipos de categorias diferentes: ideação suicida; tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Apesar de todo o seu sofrimento, o Miguel tem ainda o apoio incondicional da

mulher e dos filhos, que tudo fazem para o ajudar a superar os seus problemas.

Nogueira, (2012), corrobora esta afirmação, relatando que é importante que os adultos mais próximos deste tipo de vítimas com características relevantes como: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade; agressividade e humor lábil, tenham uma atenção redobrada aos aspetos psicológicos que predisõem o suicídio, ajudando-as a procurar ajuda psicológica ou psiquiátrica.

Por fim, é importante fazer o diagnóstico diferencial de acordo com o DSM-V, relativamente à correlação entre a hipotética patologia do Miguel e as perturbações com sintomas similares. Neste sentido, o diagnóstico de perturbação depressiva persistente só se deve realizar no caso de existir humor deprimido juntamente com 2 ou mais sintomas que preencham os critérios para episódio depressivo persistente durante pelo menos dois anos, o que o difere dos episódios de depressão com menos de dois anos.

Em primeiro lugar, começo por diferenciar as Perturbações psicóticas crónicas da patologia do Miguel (Perturbação depressiva persistente- distimia), Estas podem ter associados os sintomas depressivos (como por exemplo, perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação delirante), mas o diagnóstico da Perturbação depressiva persistente não deverá ser feito acaso os sintomas só ocorram durante o curso da perturbação psicótica (incluindo as fases residuais).

No caso das Perturbações depressivas ou bipolares e outras perturbações relacionadas devidas a outra condição médica, a perturbação depressiva persistente deverá ser distinguida destas perturbações. Só deverão ser diagnosticadas as perturbações depressivas bipolares e outras perturbações relacionadas devidas a outra

condição médica, caso a perturbação de humor seja baseada na história clínica, exame físico ou achados laboratoriais, atribuíveis aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica específica crónica (por exemplo, esclerose múltipla), caso contrário, o registo é de uma perturbação mental primária (por exemplo, perturbação depressiva persistente) sendo a condição médica considerada concomitante (por exemplo, diabetes mellitus).

A perturbação depressiva persistente distingue-se das perturbações depressivas ou bipolares induzidas por substâncias/medicamento, no caso de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou uma toxina) estar relacionada etiológicamente com a perturbação do humor.

Também a perturbação depressiva persistente normalmente está correlacionada com uma perturbação da personalidade. Sempre que os critérios de ambas as perturbações estejam reunidos deverão ser feitos os dois diagnósticos.

Os indivíduos com Perturbação Depressiva Persistente, apresentam um risco mais elevado de comorbilidades psiquiátricas comparados com os indivíduos com Perturbação Major. A PDPD está fortemente associada às perturbações da personalidade dos Grupos B e C do DSM-IV.

Perante toda esta problemática é imprescindível a reabilitação neuropsicológica no paciente para minimizar a sintomatologia e desenvolver as competências cognitivas através das técnicas de reabilitação e reestruturação cognitivas evitando desta forma um quadro demencial. A confirmar esta afirmação temos o autor Wilson (2003), que designa a reabilitação neuropsicológica como um conjunto de técnicas de intervenção cujo objetivo é permitir ao indivíduo vítima de lesão encefálica ou com alguma perturbação psiquiátrica, alcançar uma maior independência e qualidade de vida

através da melhoria dos seus processos cognitivos, emocionais e sociais.

Estudo de caso B

Identificação

Lucas (nome fictício), de 10 anos, solteiro, nascido a 21 de Fevereiro de 2005, é de nacionalidade portuguesa e reside em Lisboa. Frequenta ao 4º ano de escolaridade.

Com quem vem à consulta: Com a mãe e o avô materno

Proveniência

O Lucas foi encaminhado para a consulta de Avaliação Neuropsicológica pelo seu pediatra B por apresentar dificuldades de aprendizagem e queixas dos pais por não conseguir dormir sozinho.

Motivo do pedido

O Lucas é referido na escola como um aluno com muitas dificuldades de aprendizagem, os seus resultados escolares em geral são insatisfatórios, com muitas dificuldades nas áreas de português e matemática. É considerado um aluno distraído, pouco empenhado nas suas aprendizagens, necessitando de supervisão e constante acompanhamento da professora. Esta relata que o Lucas tem uma enorme dificuldade em prestar atenção aos pares e aos adultos, sendo necessário e muito persistentemente situá-lo no discurso de conversas, debates, exposições de ideias e técnicas. Também evidencia que a duração de concentração é curta em trabalhos de escrita, interpretação, cálculo e resoluções de situações problemáticas.

Ficou retido o ano passado no 3º ano do 1º ciclo. Queixa-se de discriminação por parte dos colegas da escola devido às suas incapacidades intelectuais. De acordo com

o relato da mãe, o Lucas no ano anterior deixou de ter a professora do ensino especial, sendo esta, substituída por uma professora do ensino normal, o que dificultou ainda mais a situação. Atualmente está no 4º ano do 1º ciclo e sente-se mais confiante com a nova turma e a nova professora.

Momento "Zero"

O paciente apresenta-se com uma aparência cuidada. O seu discurso é coerente mas pouco fluente. Revela ser uma criança simpática, muito afável e comunicativa, com competências relacionais. A sua colaboração nas tarefas teve uma adesão constante e foram sempre realizadas com grande entusiasmo. Mostrou-se muito entusiasmado com os programas do *Rehacom* – programa informatizado de reabilitação neuropsicológica.

Antecedentes pessoais e familiares

Percurso escolar

O Lucas tem um percurso escolar muito complicado devido às suas limitações cognitivas que lhe dificultam a aprendizagem. Ficou um ano retido no 3º ano do 1º ciclo. É um aluno desmotivado e desinteressado pela escola. Atualmente encontra-se no 4º ano de escolaridade.

Estrutura e dinâmica familiar

O Lucas é filho único e foi muito desejado pelos pais, vive com estes e com o avô materno e tem uma ligação muito forte com ambos, sendo sempre um menino muito acarinhado.

Desde que nasceu que teve muitos problemas de saúde, o que originou muita proteção por parte da família, principalmente pela mãe que contribuiu bastante para a

sua dependência e falta de autonomia. A mãe relata que sempre fez as tarefas do Lucas por pensar nas suas dificuldades e incapacidades devido ao seu problema de saúde, o que originou uma forte manipulação por parte dele. Atualmente a mãe reconhece que nunca soube distinguir a diferença entre a incapacidade e a preguiça do Lucas.

A primeira ansiedade de separação do Lucas em relação à família deu-se quando este iniciou a pré-primária, aos dois anos e meio. Aos seis anos começou o percurso escolar e a partir desta fase os problemas agravaram-se no sentido em que a ausência da mãe gerou uma grande ansiedade e insegurança devido ao excesso de proteção maternal. Na escola ele tinha de ser autónomo.

História clínica

Desde a gestação que começaram os problemas de saúde do Lucas. Com uma semana de gestação foi detetada uma anemia no embrião devido à mãe ser anémica o que gerou graves problemas ao bebé durante todo o percurso gestacional. Teve que nascer de urgência às 33 semanas de cesariana porque o seu batimento cardíaco estava muito fraco, o que revelou o bebé ter estado em sofrimento durante 7 horas antes do parto. Tudo se complicou e o Lucas nasceu com uma anemia aguda, o que originou uma hemorragia cerebral após o parto. Durante os primeiros meses de vida, o Lucas passou por sete operações consecutivas devido à gravidade da situação. Tinha muitos coágulos no cérebro e os ventrículos estavam muito grandes devido à hemorragia. Esteve internado dois meses nos cuidados neonatais. O prognóstico foi o pior possível, o Lucas iria ficar um vegetal. A situação ao fim de sete meses agravou-se e o Lucas sofreu uma septicemia, no qual ficou em coma, obrigando-o a um internamento de quinze dias num hospital da grande Lisboa. Sobreviveu com algumas sequelas,

uma delas foi começar a andar sozinho somente aos vinte meses de idade, devido a uma elevada dificuldade de equilíbrio. Além disso, dormia muito pouco e tinha grandes dificuldades de aprendizagem ao longo das fases do seu desenvolvimento infantil.

Atualmente, o Lucas é uma criança com poucas sequelas, sendo as mais notáveis ao nível da atenção e da concentração, com algumas dificuldades de aprendizagem e alguma lentidão na execução das tarefas.

Observação psicológica

O Lucas apresenta uma aparência cuidada, um pensamento coerente, um discurso pouco fluente mas organizado e um comportamento ansiosínico. É orientado no tempo e no espaço e tem um humor contagiante, afável e congruente com a sua idade cronológica.

Avaliação neuropsicológica

No sentido de traçar um perfil das competências do Lucas, foi efetuada uma avaliação neuropsicológica através do exame neuropsicológico- MD01-R, constituído pelas seguintes provas psicológicas: O Kettler Laurent Thirreau (KLT); o Mini Mental State Examination (MMSE); a Escala Clínica de Memória de Wechsler (EMW). o Token Test e o Desenho do Relógio, onde se registaram os seguintes resultados:

Discurso pouco fluente mas organizado, com ausência de segmentos psicóticos, confusionais, alterações disártricas ou disfásicas; manutenção da compreensão áudio-verbal de ordens simples (P. “Três Papeis de Pierre Marie” = 3/3 e de ordens complexas (Token Test = 22/22; ausência de alterações na Nomeação, Repetição e Linguagem escrita; orientação autopsíquica, temporal e espacial mantidas (ECMW =

15/15); elevado grau de dispersão da tenção sustentada (KLT – N. D. = 30%, V. Norm > 50%; ID = 70%, V. Norm = 0% a 14%); ausência de alterações do Cálculo mental; a capacidade mnésica revelou ligeiras alterações da memória verbal imediata (Prov. 5 Pal. = 13/15, da memória visual (WMS – fig. = 4/5, da memória verbal com interferência (Prov. 5 Pal. = 12/15 e acentuadas alterações da memória associativa (16/21); e ausência de alterações práxicas ou gnósicas; bom desempenho nas atividades, Pré-Frontal (capacidade de sequenciação da ação/séries de Lúria = 1/1 e componente orbitaria/Crítica a Situações Absurdas = 2/2.

Conclusão

Perante estes resultados concluiu-se que o paciente revelou um quadro neuropsicológico caracterizado por uma elevada dispersão ao nível da atenção sustentada e de uma acentuada alteração da memória associativa. Verificaram-se também ligeiras alterações da memória verbal imediata, da memória verbal com interferência, da memória visual e da capacidade de cálculo mental simples. Sugeriu-se ao paciente a inserção no programa de reabilitação neuropsicológica da Unidade de neuropsicologia.

Hipótese diagnóstica

De acordo, com a anamnese do Lucas e com o critério A, do DSM-V, os dados remetem para uma hipótese de diagnóstico congruente com a Perturbação do Neurodesenvolvimento - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, devido a estarem reunidos todos os sintomas do critério (1) inerentes a esta perturbação.

Perturbações do Neurodesenvolvimento - Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (69)

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente de desatenção

Critérios de Diagnóstico:

A. A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é definido como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que tem impacto no funcionamento ou desenvolvimento, sendo caracterizado por (1) e/ou (2) critérios- desatenção, hiperatividade e impulsividade.

1. Desatenção: 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistem pelo menos durante seis meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo, direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefa ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 e mais), são necessários pelo menos 5 sintomas; a) frequentemente falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou outras atividades (por exemplo, negligência, ou perda pormenores, o trabalho é impreciso); b) frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades (por exemplo, tem dificuldades em manter-se concentrado durante as aulas, conversas ou leitura prolongada); c) frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente (por exemplo, parece estar com o pensamento noutro assunto, mesmo na ausência de uma distração óbvia); frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (por exemplo, inicia as tarefas mas depressa perde a concentração e é facilmente

desviado); frequentemente tem dificuldades em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho confuso e desorganizado; tem uma pobre gestão de tempo; falha em cumprir prazos); frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (por exemplo, trabalhos escolares ou de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, completar formulários, rever textos longos); frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóveis); frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios (para adolescentes mais velhos e adultos podem-se incluir pensamentos não relacionados) e esquece-se com frequência das atividades quotidianas (por exemplo, efetuar tarefas, fazer recados; para adolescentes mais velhos e adultos, devolver chamadas, pagar contas, manter compromissos).

Especificadores:

O quadro patológico da Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção do Lucas, é indicador de uma apresentação predominantemente de desatenção 314.00 (F90.0). Este quadro encontra-se em remissão parcial com uma gravidade atual ligeira.

Plano de Intervenção

A equipa do Serviço de Neuropsicologia do CHPL delineou um plano de reabilitação o mais ajustado possível perante a elaboração da avaliação e estruturação da história clínica do Lucas para trabalhar de forma mais eficaz e eficiente as áreas cognitivas mais afetadas. Foi explicado aos pais e ao Lucas todo o procedimento em termos de apoio psicológico, expectativas em termos de resultados, possível

acompanhamento psicológico, neurológico e terapêutica. O Lucas mostrou-se recetivo e colaborante. Desta forma, o paciente iniciou a reabilitação através das técnicas da atenção/concentração e da Memória verbal do programa *Rehacom* e através de técnicas de papel e lápis. Desta forma, deu-se início ao seu plano terapêutico através de várias sessões semanais cujo objetivo, foi trabalhar o melhor possível as suas limitações cognitivas (psicológicas, emocionais e comportamentais).

Objetivos a curto prazo:

- a) Construção da relação terapêutica;
- b) Definição de regras e limites;
- c) Diminuir a rigidez/inflexibilidade;
- d) Promover e facilitar a expressão emocional;
- e) Aumentar a permeabilidade à perspectiva da outro.

Objetivos a longo prazo:

- a) Desenvolver competências de relacionamento interpessoal;
- b) Gerir as mudanças de rotina ou ambiente de forma mais adaptada;
- c) Reduzir a frequência e intensidade dos comportamentos de poder e controlo;
- d) Aumentar as expressões das emoções.

Estratégias:

- a) Empatia, confiança;

- b) Exploração do mundo;
- c) Técnicas de negociação;
- d) Inserção da perspetiva do outro.

Prognóstico

O paciente apresenta um diagnóstico favorável.

Intervenção

O paciente iniciou o programa de reabilitação no dia 25/02/ 2015, onde foram realizadas 12 sessões com uma duração de 30 minutos cada, através de uma terapêutica elaborada pela equipa da unidade de neuropsicologia do hospital CHPL.

1ª Sessão, foi feita uma avaliação neuropsicológica através da observação clínica, da entrevista semiestruturada e do exame neuropsicológico, para a recolha de toda a informação inerente à sua história de vida, juntamente com a mãe. Este mostrou-se muito recetivo e colaborante. Teve um bom desempenho na realização das provas e estava muito motivado.

2ª Sessão, o Lucas chegou um pouco desmotivado porque a mãe o obrigou a vir à consulta. Foi-lhe explicado a importância da terapia. De seguida, iniciou a técnica informatizada da Atenção/concentração. Esta técnica permitiu a estimulação da sua atenção sustentada uma vez que o seu problema fulcral era o Déficit de Atenção. É composta por 24 níveis, sendo que o paciente só sobe de nível se obtiver um bom desempenho, para isso é necessário ter muita concentração. No entanto, ele ficou muito entusiasmado e quis logo iniciar o programa. Nesta sessão conseguiu subir 4 níveis, o que o levou a não querer parar. Saiu da sessão muito animado e cheio de vontade de voltar.

3ª Sessão, o Lucas vinha mais animado e com vontade de ir para o *Rehacom*, queria subir os níveis todos. Inicialmente, queria fazer tudo muito depressa devido à ansiedade manifestada, que o levou a cometer muitos erros e a descer de nível.

Devido à sua falta de concentração, tinha muita dificuldade em focar-se nos pormenores dos painéis do programa. Nesse momento, foi-lhe explicado que “depressa e bem não há quem”, era importante se focar em cada pormenor, de forma a conseguir discernir as diferenças entre as figuras para não errar, caso contrário não conseguiria atingir os objetivos. Ele compreendeu e apesar das dificuldades começou a fazer um esforço para se concentrar melhor na tarefa. Foi-lhe dado algumas instruções em relação à respiração para conseguir baixar os níveis de ansiedade.

As primeiras sessões foram mais complicadas em termos de motivação e concentração, mas ao longo do tempo foi havendo uma ligeira melhoria. Na maioria das sessões o Lucas levava trabalhos para fazer em casa através de técnicas de papel e lápis (como por exemplo, resolução de problemas, atividades de interpretação de textos, sequências lógicas e atividades de língua portuguesa), no sentido de reforçar a reabilitação neuropsicológica informatizada. Era pedido à mãe para o incentivar a fazer as tarefas sozinho, uma vez que ele a tentava sempre manipular.

4ª, 5ª e 6ª Sessões, o Lucas manteve o programa da Atenção/concentração, altura em que já se evidenciavam alguns sinais positivos na concentração. Completou os 24 níveis deste programa de forma muito eficiente e eficaz.

Neste sentido, foi decidido juntamente com o Lucas iniciar na próxima sessão o programa da Memória Verbal do *Rehacom*. Esta técnica estimula a memória verbal e é composta por textos em que o paciente tem de os ler, memorizar a informação mais relevante e de seguida responder a uma série de perguntas inerentes aos mesmos. Esta

técnica foi usada na terapêutica do paciente visto que um dos problemas mais evidente na sua dificuldade de aprendizagem é a sua incapacidade de selecionar a informação mais significativa do texto.

7ª Sessão, o Lucas começou então a monitorização da técnica de memória verbal. Durante esta sessão, foi-lhe pedido que começasse a ler o texto. Inicialmente olhava para o texto e lia-o em silêncio. Como o tempo de leitura era limitado, foi-lhe sugerido que o lesse em voz alta para uma melhor compreensão. De vez enquanto, era interpelado “já começaste a ler, Lucas? Não se está a ouvir nada...” Ele sorria e começava a ler em voz alta. De seguida, era-lhe facultada alguma ajuda para perceber melhor o conteúdo do texto inerente às perguntas que se seguiam. Normalmente, ele olhava para o teto enquanto pensava no que lhe era dito. De vez enquanto, era necessário uma intervenção mais simpática para ele descontrair “Lucas parece que o texto está escrito no ecrã do computador e não no teto, o que é que achas?” Ele sorria e focava-se no ecrã do computador. Sucessivamente ia sendo criada uma empatia com ele para não perder a motivação de cumprir a tarefa e desta forma permitir a aquisição das suas competências cognitivas.

Ao longo das sessões seguintes (da 8ª à 12ª), foi notável uma melhoria significativa em termos da concentração, da interpretação dos textos, da seleção do conteúdo mais relevante do texto e da memorização dessa mesma informação.

A mãe chegou a relatar que já notava alguma evolução nas tarefas domésticas e escolares, (como por exemplo, mais concentrado e menos preguiçoso na leitura e mais autónomo). Em termos de autonomia, durante as sessões foi também trabalhada a sua relação familiar nomeadamente a relação de dependência com a mãe. *"Sempre vivi a ansiedade do problema do Lucas. Daí fazer sempre as tarefas por ele." Relatou a mãe.*

Análise e Progressão das sessões

Caso B

Relativamente à progressão das sessões, estas serão descritas em termos de dificuldade e evolução psicológica e comportamental do paciente.

1ª Sessão

O Lucas, na 1ª sessão, vinha um pouco apreensivo e curioso mas facilmente se motivou para vir às sessões seguintes. Na primeira sessão, colaborou muito bem com o que lhe foi proposto e queria começar a terapia. Teve uma preferência imediata pelo *Rehacom*, pelo facto de este ter uma dinâmica similar aos jogos eletrónicos, sendo muito atrativa para os jovens. O *Rehacom* tem uma diversidade de técnicas informatizadas e muito atrativas. O Lucas ainda fez um pequeno treino com a técnica da Atenção/concentração.

2ª Sessão

Na 2ª sessão, o Lucas ainda evidenciava sinais de ansiedade e desmotivação. Quando começou a terapia sentia alguma impaciência, com vontade de acelerar a tarefa para terminá-la rapidamente.

Durante as primeiras sessões o Lucas revelou alguma dificuldade em se focar nos painéis do programa, acelerando os exercícios, de forma a conseguir acabar o mais depressa possível. Foi-lhe explicado que o tempo da sessão era o mesmo independentemente se fizesse depressa ou devagar, mas que o importante era conseguir fazer o melhor possível.

4^a, 5^a e 6^a Sessões

Nestas três sessões, o Lucas continuou o mesmo exercício de forma menos ansiosa. Já conseguia ficar mais atento aos painéis do programa conseguindo, dessa forma, resultados mais satisfatórios, como por exemplo, terminar os 24 níveis do programa. A sua motivação era evidente e queria muito concluir a tarefa. Estava mais calmo e concentrado. Progressivamente, era notória uma ligeira evolução do seu estado emocional e comportamental.

7^a Sessão

Nesta sessão, introduzimos a técnica da Memória verbal no sentido de trabalharmos as áreas cognitivas mais afetadas (a atenção e a memória). Esta segunda técnica exige um maior esforço cognitivo em termos de concentração e capacidade de memorização. Seleccionámos esta técnica em simultâneo devido ao facto de o Lucas ter grandes dificuldades na leitura e na interpretação de textos. Neste tipo de exercício, mostrou-se um pouco preguiçoso na leitura, na interpretação e memorização do texto devido às suas limitações. Com o apoio da terapia de reabilitação, o Lucas foi melhorando as suas dificuldades ao nível do relaxamento, da concentração, da leitura e da memória. Inicialmente, ele tinha mais dificuldade em ler o texto dentro do tempo limite, não sabia tirar do texto o que era relevante (como nomes, datas, locais, números e eventos), para memorizar e responder às questões seguintes.

Nas sessões seguintes (8^a, 9^a e 10^a), foi trabalhando as mesmas áreas cognitivas através do mesmo programa informatizado e das técnicas de papel e lápis (textos infantis e vários exercícios de cálculo), que levava como trabalho de casa. Estas técnicas de papel e lápis permitiam reforçar a mesma estimulação exercitada através

das técnicas informatizadas. Após estas sessões, o Lucas revelava um comportamento mais ajustado a nível emocional (menos ansioso e mais concentrado) e psicológico (melhoria das funções cognitivas).

12ª Sessões

Nesta sessão, o Lucas já apresentava uma evolução significativa. Já conseguia ler os textos sozinho, memorizar e responder às perguntas dos mesmos, sem ajuda do técnico. Chegou ao nível 20, do programa de Memória - Verbal, o que foi muito positivo em virtude do grau de exigência deste nível.

Análise psicológica do paciente

O Lucas teve uma evolução significativa durante as sessões, a nível psicológico – notou-se uma melhoria na atenção e concentração, a nível emocional e comportamental- apresentou-se mais calmo, confiante, motivado, colaborante e interativo. A mãe chegou a relatar que já via melhorias significativas em relação a ele estar mais calmo e concentrado na escola e mais interessado na realização dos trabalhos de casa, sem requisitar a sua ajuda. Após esta melhoria, o Lucas deixou de comparecer nas consultas, interrompendo assim a Terapia. Concluindo apenas 12 sessões.

Ao longo das sessões, os objetivos terapêuticos a curto e a longo prazo, foram trabalhados de forma processual, conseguindo alcançar apenas alguns dos objetivos estabelecidos.

Curto prazo

Conseguiu melhorar alguns relacionamentos com os colegas, uma vez que o Lucas era discriminado na escola pelos pares. Relatava que este ano letivo tinha dois novos amigos. Em relação à família, foram definidas regras e limites, uma vez que devido à

doença do Lucas, toda a família se deixava manipular por ele. Houve uma diminuição da rigidez /inflexibilidade do Lucas, devido ao facto de estar habituado a não ceder às regras e limites impostos; foi possível promover e facilitar a sua expressão emocional através da interação empática terapeuta-paciente e aumentar a permeabilidade do outro, dando-lhe a entender o seu limite em relação aos pares, para que possa fazer novas amizades.

Longo prazo

A longo prazo trabalharam-se as competências de relacionamento interpessoal através de trabalhar a dinâmica familiar visto que esta estava codependente das vontades do Lucas. Neste sentido, o Lucas aprendeu a gerir mudanças de rotina ou de ambiente de forma adequada, através da reeducação e execução de diferentes tarefas e diminuir comportamentos de poder e controlo a que estava habituado a exercer principalmente sobre a mãe.

Discussão de caso B

O Lucas é uma criança com algumas sequelas neurológicas causadas por uma anemia grave durante a sua gestação o que originou uma hipóxia isquémica neonatal, ficando com graves lesões neurológicas. A confirmar esta afirmação os autores Menkes, Sarnat (2000), defendem que apesar do cérebro dos bebés consumir menos oxigénio do que o dos adultos, a diminuição significativa de oxigénio pode levar a consequências graves como a hipóxia isquémica. Do mesmo modo também o autor Habib (2003), relata que a hemorragia cerebral origina um derrame intracerebral no qual, ao extravasar o sangue para fora dos vasos sanguíneos provoca um derrame. No caso do Lucas a hemorragia cerebral que o afetou um AVC isquémico. De acordo com a opinião dos autores Asa (2013); Auclair e Jacambé, (2011) existem dois grupos de

hemorragia cerebral, AVC isquémico e o AVC hemorrágico. Estes resultam da obstrução de um vaso sanguíneo responsável pelo fornecimento de sangue.

Como resultado das sequelas neuronais, o cérebro do Lucas não teve um desenvolvimento sequencial e autónomo ficando com défices cognitivos como a atenção e a memória devido à morte celular como consequência do derrame. Nesta situação é muito importante a estimulação cognitiva como meio facilitador da sua reabilitação. O autor Cancela (2008), corrobora esta afirmação relatando que a reabilitação neuropsicológica é fundamental nos doentes que apresentam défices cognitivos como a desorientação, défices mnésicos, alteração da atenção e da concentração.

Com o tempo algumas das sequelas do Lucas foram desaparecendo devido a várias cirurgias e vários tratamentos, no entanto, é ainda de salientar de acordo com o relato da professora e da mãe, a evidência de algumas dificuldades de aprendizagem nomeadamente, na leitura e na escrita e défice de atenção. Estas evidências são congruentes com os critérios do DSM-V (2013), confirmando que os sintomas do Lucas são inerentes a uma perturbação do neurodesenvolvimento – perturbação de hiperatividade /défice de atenção.

Neste campo, existem vários fatores biológicos e ambientais associados à hiperatividade, no entanto de acordo com um estudo recente, um dos fatores ambientais relacionados com esta patologia é a hipoxia. A confirmar esta afirmação está uma investigação da APA (2015), que através de um estudo realizado com ratos, concluiu que a HI neonatal é um dos fatores ambientais que pode contribuir para as características comportamentais observadas na PHDA. Além dos fatores ambientais, existem também alguns fatores biológicos que podem contribuir para esta patologia (PHDA). Estes fatores biológicos podem ser agrupados em quatro categorias, como a

lesão cerebral, a deformação no desenvolvimento cerebral o desequilíbrio neuroquímico e a hereditariedade (Smith & Strik, 2001). O caso clínico do Lucas está também em conformidade com esta afirmação, pelo facto de as suas sequelas neurológicas terem sido derivadas de várias lesões cerebrais após a hemorragia cerebral pós natal.

Apesar de todos os problemas de saúde do Lucas, este tem uma relação forte com a mãe. De acordo com esta afirmação está o autor Winnicott (1896-1971), que relatou que a mãe é a pessoa mais importante e qualificada para cuidar e responder às necessidades do bebé, mais do que qualquer outro cuidador devido a esta desenvolver durante a gravidez, parto e puerpério, sentimentos distintos e um estado psicológico denominado “preocupação materna primária”.

Por fim, é importante fazer o diagnóstico diferencial em relação às outras perturbações, cujos sintomas sejam idênticos à patologia do Lucas. Neste contexto serão discriminadas da PDPD as seguintes perturbações:

Perturbação de Oposição; estes sujeitos por norma recusam executar tarefas laborais ou escolares e têm dificuldade em aceitar as exigências dos outros. Têm um comportamento caracterizado por negatividade, hostilidade e desafio sendo importante diferenciar estes sintomas da aversão à escola ou a tarefas que obrigam a um esforço mental mais exigente ou da impulsividade dos sujeitos com PHDA. O diagnóstico diferencial desta perturbação torna-se complicado quando os indivíduos com PHDA desenvolvem atitudes de oposição secundárias relacionadas com essas mesmas tarefas.

Perturbação explosiva intermitente; Tanto a PHDA como a Perturbação explosiva intermitente caracterizam-se por elevados níveis de comportamentos impulsivos. O que

as difere em termos de comportamento é que os sujeitos da Perturbação explosiva intermitente revelam uma maior agressividade em relação aos outros, facto que não se verifica nos indivíduos com PHDA, não se verificando também o problema do défice de atenção observado na PHDA. Simultaneamente, a perturbação explosiva intermitente raramente é diagnosticada na infância mas pode ser diagnosticada em conjunto com a PHDA.

Outras perturbações do neurodesenvolvimento; é necessário distinguir a atividade motora aumentada inerente à PHDA dos comportamentos motores repetitivos que caracterizam a perturbação de movimentos estereotipados e alguns casos de perturbação do *autismo*. No caso da perturbação de movimentos estereotipados geralmente o comportamento motor é fixo e repetitivo (por exemplo, balançar o corpo, morder-se a si próprio), ao invés da PHDA em que a agitação e inquietação são generalizadas. Temos ainda a perturbação de Tourette em que os múltiplos tiques podem ser confundidos com a inquietação generalizada da PHDA, sendo necessário fazer a diferenciação dos mesmos.

Perturbação de aprendizagem específica; As crianças com esta perturbação apresentam desatenção e falta de interesse devido à frustração e às suas limitações. Mas esta falta de atenção não é incapacitante nas tarefas académicas nos indivíduos sem PHDA.

Incapacidade intelectual (Perturbação do desenvolvimento intelectual); O diagnóstico de PHDA realizado nas crianças com incapacidade intelectual só é necessário caso se verifique uma desatenção e hiperatividade excessivas para a idade mental e se os sintomas da PHDA se mantiverem tanto nas tarefas académicas como fora delas.

Perturbação do espectro do autismo; Tanto os indivíduos com PHDA com os indivíduos com PEA apresentam os mesmos sintomas (por exemplo, desatenção, disfunção social e dificuldades em controlar o comportamento), no entanto deve-se despistar a disfunção social e a rejeição dos pares da PHDA da falta de envolvimento social, isolamento e indiferença às pistas faciais e tonais de comunicação evidenciadas nos indivíduos com espectro de autismo. Enquanto uma criança com PEA apresenta birras devido à intolerância da mudança, uma criança com PHDA, pode ter birras devido à impulsividade e autocontrolo pobre.

Perturbação reativa de vinculação; Estas crianças podem apresentar desinibição social, falta de relacionamentos duradouros mas não incorporam os restantes sintomas da PHDA.

Perturbações de ansiedade; Ambos os indivíduos (PHDA e PA), revelam desatenção. Os primeiros, têm uma desatenção devido ao fascínio por estímulos externos, novas atividades ou preocupação com atividades do seu agrado. Os segundos, têm uma desatenção devido associada à preocupação e ruminação observadas nas perturbações de ansiedade.

Perturbações depressivas; Estes indivíduos apresentam normalmente uma concentração pobre mas só se manifesta durante o episódio depressivo.

Perturbação bipolar; Estes indivíduos apresentam desatenção, concentração pobre, atividade e impulsividade aumentadas, acompanhadas por um humor elevado de grandiosidade e outras características específicas da perturbação somente durante os seus episódios. Enquanto as crianças com PHDA têm oscilações significativas de humor em um só dia.

Conclusão

Durante o período de estágio, foi possível perceber que para além de todo o conhecimento teórico adquirido, a prática clínica é fundamental para olhar para o paciente como pessoa e nunca como um conjunto de sintomas de diagnóstico. Não é possível na relação com o paciente ser indiferente ao seu sofrimento subjetivo.

Ao longo deste período, foi possível cumprir os objetivos propostos, tanto a nível da aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, como dar resposta de forma prática no âmbito da Psicologia Clínica e da Neuropsicologia.

As atividades desenvolvidas ao longo deste período decorreram no âmbito da psicologia clínica e da neuropsicologia, procurando responder às necessidades do serviço da unidade de Neuropsicologia, bem como às diretrizes propostas pela Universidade.

A análise das necessidades do local e das exigências do ambiente em que este se insere, tornou imprescindível definir os objetivos da ação do psicólogo clínico em contexto hospitalar, integrado no serviço de neuropsicologia, de forma a orientar e direcionar o seu trabalho colmatando as carências desse mesmo meio.

O papel do psicólogo clínico como técnico de problemas relacionais, tem um papel de mediador entre os vários intervenientes do meio hospitalar, tentando uma intervenção que não se centre apenas na pessoa mas que tente abranger outras dimensões dos pacientes, como a família, a comunidade e os sistemas em que estão inseridos, de uma forma reflexiva e articulada. Desta forma, foi importante o trabalho ativo nos pacientes em parceria com os seus familiares e cuidadores, orientando-os para um objetivo comum, o bem-estar psicossocial do sujeito.

Durante o estágio académico, foram ainda realizadas reuniões em equipa, as quais

possibilitaram a troca de informações, ideias e outros conhecimentos acerca dos casos clínicos discutidos, bem como os programas de intervenção cujo foco foi sempre o cuidado de considerar a pessoa segundo uma perspectiva holística e de forma a potenciar o seu desenvolvimento num sentido integral e adaptativo.

Como conclusão, para além da formação prática adquirida durante o período de estágio, foi essencial que esta fosse complementada com formação adicional, através da participação em conferências, cujos objetivos foram direcionados quer para as funções, quer para as competências adquiridas, proporcionando uma riqueza tanto ao nível académico como pessoal, recordando cada situação como uma etapa no percurso de aprendizagem.

Reflexão

Considero a realização deste estágio de sete meses, uma vivência muito rica em termos psicológicos e emocionais, tendo-me sido proporcionado o conhecimento e desenvolvimento de novas competências teóricas e práticas. Tive a oportunidade de consolidar os conhecimentos adquiridos através de trabalhar a capacidade de análise e reflexão.

O local de estágio foi particularmente rico pela diversificação de casos clínicos que tive a oportunidade de acompanhar diariamente, o que se revelou um desafio constante. Desta forma, foi muito gratificante para mim, articular a prática clínica através da avaliação psicológica e do acompanhamento dos pacientes com toda a teoria inerente.

No que diz respeito à intervenção com pacientes de várias faixas etárias, pude perceber no contacto com os mesmos, o quanto estes sofrem diariamente com os reflexos das suas vivências traumáticas passadas. Estes aspetos, acentuam a importância da intervenção do psicólogo clínico, tendo em vista a promoção das capacidades pessoais e relacionais de cada paciente, no sentido de os capacitar para a tomada de decisões e resolução dos seus problemas.

Considero pessoalmente que foi uma experiência valiosa e enriquecedora, que me permitiu refletir e compreender a responsabilidade de ser psicólogo, bem como, os valores, os limites e a adequação, envolvidos no exercício profissional. Permitiu-me também adquirir a capacidade de ver o mundo do paciente através dos seus olhos, sabendo-o ouvir sem o julgar, tendo como máxima, compreender, fortalecer e aliviar o seu sofrimento subjetivo.

Estou ciente de que a minha aprendizagem ficou mais aprofundada e enriquecida

devido ao apoio de toda a equipa de profissionais com quem tive o privilégio de trabalhar.

Posso resumir que considero toda a experiência uma mais-valia ao nível pessoal e profissional que me irá acompanhar no meu percurso futuro.

Referências

- Almeida, L. B. (2010). *O cérebro, as funções cognitivas e o comportamento. Introdução à Neurociência. Arquitetura, função, interações e doença do Sistema Nervoso*. (2nd. Ed.). Editora: Climepsi Editores.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (1996), *introductory textbook of asychiatry*, 2nd Ed. Washington, D.C, American Psychiatric Press.
- Anzieu, D. (1983) "Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien", *Connexions*, 40, 31-37.
- Arend, R., Gove, F., & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kidergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950-959.
- Association, A. P., (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-V* (1^aed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Assis, M. (2005). *Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão para as Ações Educativas com Idosos*. *Revista APS*, 8 (81), 15-24.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. 1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editores.
- Bernstein, D. A., Clarke-Stewart, A., Penner, L.A., & Roy, E. J. (2012). *Psychology*. Confirmar na mediateca: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bierdderman, J., Mick, E., & Farone, S. V., (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The Americam Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.

- Borges, R. V., Werlang, G. S. B., Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Prevenção de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology* vol. 39.
- Bowlby, J. & Fontes, M. (1990). *Apego*. São Paulo.
- Carvalho, A. M., Politano, I., Franco, A, L, S. (2008). *Vínculo Interpessoal: uma Reflexão sobre Diversidade e Universalidade do Conceito na Teorização da Psicologia*. Campinas. Estudos de Psicologia.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico- V*. 5ª ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.
- Dahlin, E., Backman, L., Stigsdotter, N. A., & Nyberg, L. (2009). *Training of the executive component of working memory: subcortical areas mediate transfer effects*. *Restor Neurol Neurosci*. 2009. 27.
- Dale, A. J. D. (1975). Organic brain syndromes associated with infections. In Freedman, A. M.; Raplan, H. L.; and Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry---II*, vol. 1, pp. 1121-30. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dalgarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2.ed.). Porto Alegre: Artimed.
- Del Porto, J. A. (2000). Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer, B. et al. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Desai, M.M. (1967). The concept of clinical psychology in *Bulletin of the British Psychological Society*, 20.
- Descartes, R. (1662). *Trait de l'homme*, Haldane, E. S., and Ross, G. R. T. (Trans.). Cambridge: Cambridge University Press.

Diário da República, (2011). *Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses*, 2.^a série - N.78.

Dias, N. (2013). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida do Idoso em diferente Contextos de Vida: A perspetiva do próprio e do seu cuidador* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia Lisboa.

Dubovsky, S, L.; Dubovsky, A.N. (2004). *Transtornos de humor*. Porto Alegre: Artmed.

Dutra, E. (2012). *Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade*. Estud. Psicol. (Natal), Natal.

Egeland, B. (2011). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância: Programas de Intervenção e Prevenção para Crianças Pequenas baseadas no apego*.

Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. Parke & G. Ladd (eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Farone, S. V., Sergeant, J., Gillber, C., & Biederman, J. (2003). The Worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 2. 104-113.

Favez-Boutonier, J. (1959) *La Psychologie clinique. Objet, méthode, problemes*, tomos 1-11. Paris.

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schetini, R. & Luis del Rey, A. (2012). Promoting Active Aging through University Programs for Older Adults. *GeroPsych*, 25 (3), 145-154.

Ferreira, O. G. L. Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S. & Moreira, M. A. (2010).

O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes.

Rev. Esc. enferm. USP, 44 (4), 0080-6234.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O. & Moreira, M. A.,

(2011). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.

Enferm, 21 (3), 0104-0707.

American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.) Lisboa. Climepsi.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Francis, R.D (2004). *Ética para psicólogos*. Epigénese Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget.

Garfield, S. L. (1965), "Historical Introduction" in wolman, B.B. (ed.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp. 125-140), Nova Iorque: McGraw-Hill Book Company.

Gleitman, H; Fridlund, A; Reisberg, D. (2011). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. (9.ªed.). Serviço de Educação e Bolsas. Av. de Berna: Lisboa.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. M. (2006).

Promoção de Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.

Greenberger, D. & Padesky, CA. (1999). A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artmed.

Guerra, A.C. & Caldas, C.P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. Saúde colectiva*, 15 (6), 1413-8123.

Habib, M. (2003). *Bases Neurológicas do Comportamento*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: A four - year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.

Hofer, M. A. (1996). *On the nature and consequences of early loss*. *Psychosomatic Medicine*, v. 58.

Jacambé, I., & Auclair, L. (2008). *Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte*. Paris: Éditions Belin.

Leal, I. (2008). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

Lemma, A. (2000). *What is Psychopathology? Introduction to Psychopathology*. 4ª (ed.) Sage Publications. London: Thousand Oaks. New Delhi.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*, 3. Ed. New York: Oxford Universities Press.

Lu-Emerson, C., & Khot, S. (2010). Neurological sequelae of hypoxic-ischemic brain injury. *Neurorehabilitation*, 26, 35-45.

Mackay, D. (1975), "Clinical psychology: theory and therapy" in Herriot, Peter (dir.), *Essential psychology*. Londres: Ed. Methuen & Co. Ltd.

Manning, L. (2012). *A neuropsicologia clínica - uma abordagem cognitiva*. (2ª. ed.). Epigénese Desenvolvimento e Psicologia. Editora: Instituto Piaget.

Marlow, N., Rose, A. S., Rands, C. E., & Drapper, E. S. (2005). Neuropsychological and educational problems at school age associated with neonatal encephalopathy, *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*

Edition, 90, F380- F387.

McMillan, T. & Sparkes, C. (1999). Goal planning and neurorehabilitation centre approach. *Neuropsychol Rehabil*, 9 (3,4):241-51.

Medeiros, C. A. (2012). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo.

Melo, C. B., Miranda, M. C., Muskat, M. (2005). *Neurologia do desenvolvimento*. Conceitos e abordagens. 1ª Ed. São Paulo: Memmon.

Menkes, J. H., Sarnat, H. B., (2000). *Child Neurology*. 6ª. (Ed.) Editora: Lippinrott Williams & Wilhins. Riniladel Plara.

Monteiro, C. M. (2003). *Um coração para dois: A Relação Mãe-Bebé cardiopata*. PUC, Rio de Janeiro.

Neves, I. F., Schochat, E. (2005). Maturação do processamento auditivo em crianças com e sem dificuldades escolares. Pró-fono *Revista de Atualização Científica*. Barueri, SP:, v.17, n. 3.

Nogueira, G. (2012). Linguagem afetiva. Wwww. Psicologia.pt.

Papalia, D.E., Olds, S. W., Feldman, R. D., (2001). *O Mundo da criança*. (8.ed). Portugal. Editora: McGrew-Hill.

Pedinielli, J. L (1999). *Definição Operatória da Psicologia Clínica*. Introdução à Psicologia Clínica. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pedinielli, J. L., Bernoussi, A. (2006). Os Estados Depressivos: *Semiologia dos Estados Depressivos e das Perturbações Tímicas* (1nd ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Plante, T. G. (2011). *Contemporary clinical psychology*. New Jersey: Wiley.

- Pereira, C. S. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores- Departamento de Ciências de Educação, Ponta Delgada.
- Perlman, J. M. (1997). Intrapartum hypoxic-ischemic cerebral injury and subsequent cerebral palsy: Medicolegal issues. *Pediatrics*. 90.851-859.
- Pieron, H. (1968), *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Ramiro, J. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Universidade de Coimbra- Faculdade de Economia, Coimbra.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad, Saúde Pública*, 19 (3):793-798.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, C. (2013). *A Solidão e a Depressão nos idosos: Estudo numa amostra da População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Rogers, C. R. (1973), *Psicoterapia e Consulta Psicológica* (de acordo com o original de 1942, *Counseling and Psychotherapy*). Lisboa: Moraes Editores.
- Rosen, (1966). *Madness in society Chicago*: University of Chicago Press.
- Shakouw, D. (1975), "Clinical psychology" in Freedman A, Kaplan, H. e Sadock, B. (eds.), *Comprehensive Textbook psychiatry*, vol. I. Baltimore: The Wilkins Company.
- Silveira, V. N. (2012). *A Nutrição no Envelhecimento*. Universidade do Porto -

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.

Simon, R. J., & Aaronson, D. E. (1988). *The insanity defense: A critical assessment of law and policy in the post- Hinckley era*. New York: Praeger.

Siksou, M. (2008). *A Neuropsicologia*. Introdução à Neuropsicologia. (1nd. Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Smith, C. & Strick, L. (2001). *Dificuldades de aprendizagem de A a Z*. Porto Alegre: ed. Artmed.

Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson- Reasey, & K, Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development*. Washington, DC: American Psychological Association.

Stewart, T, D., (1957). Stone Age surgery: A general review, whith emphasis on the New World. *Annual Review of Smithsonian Institution*. Washington, D. C.: Smithsonian Institution.

Tesch-Romer. C. & Wuem, S. (2012). *Research on Active Aginig in Germany*. GeroPsych, 25 (3), 167-170.

Van Deurzem-Smith, E. (1996). “*Existential therapy*” in Dryden, Windy (ed.), *Handbook of individual Therapy*. Londres: Sage Publications.

Wakschlag, L. S., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S. M., Gordon, R. A., & Leventhal, R. L., (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry*; 54, 670-676.

Winnicott, D. W. & Fontes, M. (1958). *A Família e o Desenvolvimento Individual*.

Rio de Janeiro.

Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria de Desenvolvimento de Maturação*. Porto Alegre, Artmed.

Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton.