



Universidades Lusíada

Alves, Cristiana Maria dos Santos Duarte, 1961-

A psicologia clínica em contexto hospitalar : Unidade de Neuropsicologia

<http://hdl.handle.net/11067/2646>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-10
Resumo	Neste documento será descrita a estrutura da Instituição e também o modo de como toda a aquisição de conhecimentos foi feita ao longo da formação académica, nomeadamente a informação das competências adquiridas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológica e a descrição das funções do psicólogo clínico dentro da Unidade de Neuropsicologia. Para análise dos dois casos clínicos escolhidos, recorreu-se à observação clínica, entrevista clínica, avaliação psicologia e reabilitação co...
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 2024-05-18T18:30:40Z 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 psicologia clínica em contexto hospitalar:
Unidade de Neuropsicologia**

Realizado por:

Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves

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 António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em:

16 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016



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 psicologia clínica em contexto hospitalar:
Unidade de Neuropsicologia**

Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves

Lisboa

Setembro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A psicologia clínica em contexto hospitalar:
Unidade de Neuropsicologia**

Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves

Lisboa

Setembro 2016

Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves

A psicologia clínica em contexto hospitalar: Unidade de Neuropsicologia

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

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves
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
Título	A psicologia clínica em contexto hospitalar: Unidade de Neuropsicologia
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ALVES, Cristiana Maria dos Santos Duarte, 1961-

A psicologia clínica em contexto hospitalar : Unidade de Neuropsicologia / Cristiana Maria dos Santos Duarte Alves ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia 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.A48 2016

Dedico

Este trabalho à Psicologia por me ter tornado resiliente para procurar, estudar, questionar, resistir, querer, de sonhar e acreditar num final feliz (3 de Abril de 1994 - 12 de Junho de 2008 - CHLO) e a mim por ter conseguido chegar até aqui ...

Agradecimentos

Ao longo deste percurso académico, foram várias as pessoas que contribuíram para que eu conseguisse terminar mais esta etapa.

A tantos colegas que me deixaram recordações e aprendizagens neste percurso de cinco anos, o meu sempre obrigado por esse “tempo” repleto de cumplicidade e de amizade.

À Universidade Lusíada, que me completou como ser humano dando-me a conhecer abordagens para estar e compreender o outro.

Quero agradecer à Professora Doutora Túlia Cabrita, supervisora do estágio pela sua orientação, incentivo e disponibilidade ao longo deste tempo.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, pela sua presença constante, transmissão de conhecimentos e pelo importante contributo que deixou no nosso crescimento pessoal e profissional.

Ao Professor Doutor Manuel Domingos, orientador de estágio, pela disponibilidade, acolhimento, partilha de conhecimentos e dedicação, o meu sempre obrigada.

À Catarina e Susana da Mediateca sempre disponíveis ao longo destes 5 anos, todos os dias. O meu obrigado!

À Dr.^a Gabriela, à Madalena e à Helena do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, os meus sinceros agradecimentos por me terem acolhido nessa Unidade.

Aos restantes colegas que estagiaram antes de mim e que me passaram o modo de estar e trabalhar na Unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Aos pacientes com quem tive a oportunidade de trabalhar, pela sua disponibilidade, possibilitando desta forma, a aquisição de conhecimentos práticos na área da Psicologia Clínica e da Neuropsicologia.

À minha “Chefe”, Teresa ... o meu incondicional obrigado. Sem ela seria bem mais difícil ter chegado até aqui, disponibilizando-me tempo e apoio para realizar as minhas tarefas da Faculdade. Ao meu colega Osório, sempre curioso com as “novidade das neurociências” que eu ia partilhando com ele até às suas explicações de estatística do 1º ano na bancada do Laboratório.

Aos colegas de trabalho, Vicelina, Helena, Sofia, Sara, Ana, Rita, Ana L. Fernanda, Zé Carlos, Zé Graça e Jorge. Sempre presentes e expectantes neste meu percurso.

Aos meus filhos, Rita e Pedro, deixo este trabalho como prova e incentivo de que apesar de tudo quando queremos muito conseguimos alcançar o que parece ser impossível. Não caminhando, mas sim, levando tudo à frente ...

Ao meu PAI e à minha MÃE, por me terem acompanhado até aqui nesta grande experiência de vida que foi para nós. Todas as palavras são poucas para conseguir descrever o quanto a vossa presença, o orgulho e a confiança que depositaram em mim me deram forças para continuar, sempre caminhando ao meu lado e a qualquer hora, com muitos mimos e café nas noites de frequências ou nos dias “cinzentos” que teimavam não ir embora.

Um Beijo!

Pedras no caminho? Guardo todas.

Um dia vou construir um castelo.

Fernando Pessoa

Resumo

Neste documento será descrita a estrutura da Instituição e também o modo de como toda a aquisição de conhecimentos foi feita ao longo da formação académica, nomeadamente a informação das competências adquiridas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológica e a descrição das funções do psicólogo clínico dentro da Unidade de Neuropsicologia.

Para análise dos dois casos clínicos escolhidos, recorreu-se à observação clínica, entrevista clínica, avaliação psicologia e reabilitação cognitiva.

São muitos os domínios cognitivos (atenção, memória e funções executivas) que se encontram comprometidos em pacientes com lesão cerebral adquirida, refletindo-se no seu funcionamento diário e na sua qualidade de vida.

Estes casos clínicos tiveram como suporte a terapia cognitiva-comportamental no sentido de encontrarmos estratégias para a sua reestruturação emocional e cognitiva e no desenvolvimento de habilidades interpessoais consideradas fundamentais para ultrapassar algumas barreiras do quotidiano destes pacientes.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Acidente Vascular Cerebral, Lesão Cerebral; Depressão.

Abstract

This document will describe the structure of the institution and also the way how the entire acquisition was made through academic training, including information skills acquired in research, evaluation and psychological intervention and the description of the clinical psychologist functions within the unit of Neuropsychology.

For analysis of the two cases chosen, appealed to the clinical observation, clinical interview, psychological evaluation and cognitive rehabilitation.

There are many cognitive domains (attention, memory and executive functions) that are compromised in patients with acquired brain injury, reflected in their daily functioning and quality of life.

These clinical cases had to support cognitive-behavioral therapy in order to find strategies for their emotional and cognitive restructuring, and also in the development of fundamental considered interpersonal skills to overcome some barriers of everyday life of these patients.

Keywords: Clinical Psychology; Stroke, Brain Injury; Depression.

Lista de tabelas

Tabela 1. <i>Caso 1 - Plano de análise de estratégias</i>	66
Tabela 2. <i>Caso 2 - Plano de análise de estratégias</i>	80

Abreviaturas

- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- APA - American Psychological Association
- CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental
- RM - Ressonância Magnética
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses
- TAC - Tomografia Axial Computorizada
- EEG - Eletroencefalograma
- MD01-R - Exame Neuropsicológico Revisto
- DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual Disorders. 5th ed
- BDI - Beck Depression Inventory
- SNC - Sistema Nervoso Central

Índice

Dedico.....	V
Agradecimentos	VII
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Lista de tabelas	XV
Abreviaturas.....	XVII
Índice	XIX
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Caracterização da População Alvo	5
Unidade de Neuropsicologia.....	6
Objetivos Propostos	7
Enquadramento Teórico	9
Desenvolvimento da Psicologia como Ciência	9
A Psicologia Clínica	11
Objetivos da Psicologia Clínica.....	12
O Psicólogo Clínico em Contexto Hospitalar.....	13
A Psicologia Clínica no Contexto da Neuropsicologia	15
A Ética e Deontologia do Psicólogo Clínico	18
Intervenção Psicológica.....	19
Observação Clínica no Contexto Neuropsicológico.....	19
A Avaliação Psicológica no Contexto Neuropsicológico.....	22
Intervenção e Reabilitação Cognitiva	23
Breve Contextualização da Terapia Cognitivo Comportamental	25
Perturbações Psicológicas	27
A Lesão Cerebral	29
Acidente Vascular Cerebral	31
Tipos de AVC.....	32
Consequências do AVC	33
Depressão e AVC	33
Abordagem não farmacológica	36
Estratégias de recuperação	36

Infeções do Sistema Nervoso Central.....	37
Consequências de Infeções no SNC	38
Agnosia	39
Epilepsia.....	41
Plasticidade Neuronal	42
Método.....	45
Participantes	45
Procedimento	47
Instrumentos	49
Observação Clínica	49
Entrevista Clínica.....	49
Testes Psicológicos.....	51
Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica - ISN.....	51
Protocolo de Avaliação Interna – MD01-R	51
Kettler Laurent Thirreau (KLT).....	52
Escala Clínica da Memória de Weschler,	53
Três Papéis de Pierre Marie	54
Séries de Lúria	55
Mini Mental State Examination	55
Inventário de Avaliação Clínica da Depressão de Beck – BDI.....	56
SCL-90-R.....	57
Estudo de Caso	58
Caso 1- A.....	59
Anamnese	59
Resultado dos Testes	63
Plano de Reabilitação	65
Discussão do Caso	69
Caso 2 – B	73
Anamnese	73
Resultados dos Testes.....	77
Plano de Reabilitação	79
Discussão do Caso	83
Conclusão	87

Reflexões Finais	89
Outras Atividades Desenvolvidas.....	91
Referências	93
Apêndices	105
Lista de Apêndices.....	107
Apêndice A	109
Apêndice B	113
Apêndice C	117
Anexos.....	121
Lista de Anexos	123
Anexo A.....	125
Anexo B.....	129
Anexo C.....	135
Anexo D.....	1

Introdução

Este documento está inserido no âmbito do estágio académico de Mestrado em Psicologia Clínica e tem como objetivo relatar as atividades no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), na Unidade de Neuropsicologia, no período de Outubro de 2015 a Julho de 2016.

O estágio curricular nesta unidade hospitalar permitiu ao estagiário o contacto direto com a realidade de trabalho efetuado em psicologia clínica, pondo em prática os conhecimentos e informação que lhe foi sendo passada ao longo da sua formação de modo a saber avaliar, fazer diagnóstico e acompanhar psicologicamente o indivíduo.

A progressão e atividades praticadas ao longo do percurso de estágio foram orientadas pelo Professor Doutor Manuel Domingos, Coordenador da Unidade de Neuropsicologia do CHPL e supervisionadas nas aulas da unidade curricular de estágio e relatório, e em reuniões individuais com a Professora Doutora Túlia Cabrita.

Organizado em três partes, este documento faz em primeiro lugar referência às origens do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) focando a Unidade de Neuropsicologia a sua população alvo, o seu funcionamento interno e externo com base no apoio psicológico, avaliação e reabilitação em contexto neuropsicológico.

A segunda parte é dedicada ao enquadramento teórico, fazendo uma abordagem desde o aparecimento da psicologia clínica, os seus objetivos, as atividades do psicólogo clínico em contexto hospitalar, os diversos tipos de funções e atividades que tem de cumprir ao abrigo do seu código ético e deontológico, o tipo de intervenção psicológica, e a aplicação do modelo teórico de base assente na terapia cognitivo-comportamental. Ainda nesta parte do relatório é dada a informação sobre as patologias relativas aos dois casos seguidos e o seu comprometimento na vida dos pacientes.

Por último a apresentação dos objetivos de estágio, da referência às opções metodológicas que servem de suporte à intervenção realizada dando evidência aos dois casos clínicos, a avaliação psicológica realizada, subsequente diagnóstico apoiado pelo DSM 5 a intervenção realizada e as reflexões finais.

Caracterização da Instituição

O Hospital Júlio de Matos em Lisboa foi oficialmente inaugurado em 2 de Abril de 1942 sendo considerado na época um dos melhores da Europa dentro da psiquiatria e saúde mental, tendo o professor de Neurologia António Flores (1883-1957) como primeiro diretor. Embora o projeto inicial da autoria do Professor Júlio de Matos esteja datado do ano de 1913 e as obras tivessem início nesse ano, apenas em 1942 foi possível proceder-se à inauguração do novo hospital com a abertura de uma Clínica Psiquiátrica composta por uma sessão masculina e outra feminina (Hospital Júlio de Matos, 1949).

Em 1947 o Hospital recebe a primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia e no ano seguinte o Congresso Internacional de Psicocirurgia presidido por Walter Freeman,

Nesse mesmo ano iniciou-se a publicação de uma revista científica “Anais Portugueses de Psiquiatria (Hospital Júlio de Matos, 1949).

O hospital abre com a possibilidade de albergar 1300 doentes com o conceito de garantir a máxima liberdade individual e desenvolver um espírito de comunidade através de reuniões sociais, exposições de trabalhos, festas de Natal, música, leitura e passeios e atividades desportivas (Hospital Júlio de Matos, 1949).

A 19 de Outubro de 2007 o Hospital Júlio de Matos passa a ser conhecido pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) resultado da integração por fusão dos dois hospitais, Júlio de Matos e Miguel Bombarda. A integração dos dois hospitais ocorreu de forma a assegurar e a preservar o património arquitetónico assim como o acervo e a memória documental de enorme interesse histórico existente nas duas instituições e de grande valor histórico do nosso país (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015a).

Atualmente o CHPL tem de assegurar a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a todos os cidadãos adultos no âmbito das competências e da capacidade das unidades que fazem parte do CHPL, intervindo de acordo com as áreas de influência e redes de saúde em articulação com outras instituições que integram a rede de prestação de cuidados de saúde (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015a).

Na área de intervenção direta do CHPL residem 815.580 habitantes e na área de influência indireta fazem parte os distritos de Beja, Évora e Portalegre onde residem cerca de 748.699 habitantes. Na sua área de intervenção também são abrangidos os utentes vindos de Torres Vedras, Sintra e Olivais e de Centros de Saúde como Anjos, Marvila, Campo Grande e Olivais (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015a).

Quanto aos internamentos o CHPL tem um serviço de doentes de evolução prolongada e de agudos que está organizado em seis clínicas assistenciais e orientadas para a patologia: 1 – Serviço de estabilização e triagem de agudos e núcleo de primeiro surto psicótico, 2 – Neuropsiquiatria e demências, 3 – Psiquiatria geral e transcultural, 4 – Alcoologia e novas dependências, 5 – Patologias afetivas e perturbação obsessiva e compulsiva, e 6 – Psicoses esquizofrenias (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015b).

O CHPL assegura outros serviços como o de Reabilitação Psicossocial e o de Psiquiatria Forense do Serviço Regional de Psiquiatria Forense com internamento para inimputáveis a cumprirem pena por decisão judicial. Assegura também o atendimento psiquiátrico de urgência realizado no Centro Hospitalar Lisboa Central-Hospital de S. José (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015a).

No seguimento de garantir a liberdade individual e de desenvolver espírito para o bem-estar conforme o legado do seu mentor Júlio de Matos, o CHPL fomenta a

integração do doente através do Grupo de Teatro e do Pavilhão 31 de Artes. O Grupo de Teatro surge em 1968 através de um conjunto de técnicos de saúde mental que se mantem em funcionamento através do ator e dramaturgo João Silva. Este projeto é pioneiro juntando terapia à Arte. O Pavilhão 31 é um espaço no qual se promove o desenvolvimento artístico reabilitando mentalidades e apostando na responsabilidade social de cada um de nós direcionado para a doença mental. Este pavilhão foi inaugurado em Março de 2012 tendo como responsável, Sandro Resende (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015c).

Hoje, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) é um hospital central especializado, que exerce a sua atividade no âmbito da psiquiatria e da saúde mental no que respeita à prestação de cuidados de saúde, à formação de técnicos e à investigação clínica e científica dando assistência a mais de 20 mil doentes por ano.

Caracterização da População Alvo

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa é uma instituição de referência, que presta cuidados especializados na área da Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a única com essas características em toda a zona de influência das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Apoia utentes vindos de Torres Vedras, Sintra e Olivais. A área geográfica de atendimento engloba os centros de Saúde dos Anjos, Marvila, Campo Grande e Olivais.

A população alvo nesta unidade corresponde a utentes inseridos numa faixa etária entre os 17 e os 80 anos, com diferentes graus de escolaridade, diferentes estruturas familiares e socioeconómicas (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015a).

Estas variáveis dão-nos a possibilidade de contactar com uma população muito heterogénea em idade, escolaridade, cuidadores e socioeconómicas.

Os motivos que os trazem à consulta tem a ver essencialmente na procura de respostas face às queixas que são dirigidas ao médico de família ou ao neurologista que referencia estes doentes para uma avaliação neuropsicológica.

Unidade de Neuropsicologia

A unidade de Neuropsicologia do CHPL funciona num pavilhão, o Pavilhão 17, fisicamente distinto do edifício principal do hospital onde se realizam as consultas externas de neuropsicologia e consultas de doentes internados que necessitam de avaliação ou reavaliação neuropsicológica.

Os casos clínicos mais frequentes que chegam a esta unidade são situações de alterações de execução no processo de envelhecimento como Parkinson ou Alzheimer, acompanhado por um declínio de algumas funções cognitivas, executivas e de memória, na consequência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou a grande maioria por casos relacionados com depressão com diminuição da concentração, raciocínio, alteração no sono ou por comportamento alterado.

No Pavilhão 17 funcionam unidades que partilham de espaços comuns como gabinetes, sala de reuniões, sala destinada aos serviços administrativos, sala de espera para utentes, uma sala polivalente, gabinete de electroencefalografia (EEG) e gabinetes de electroconvulsoterapia (ECT).

Dois destes gabinetes estão reservados para consulta e para reabilitação cognitiva com o equipamento de programa de reabilitação (RehaCom).

As consultas da unidade de neuropsicologia funcionam todos os dias úteis das 8h às 17 horas com uma equipa técnica constituída por psiquiatras, psicólogos clínicos, neuropsicólogos, técnicos de EEG e funcionários administrativos.

As consultas vêm a pedido ou encaminhadas por médicos de medicina familiar, neurologia ou psiquiatria com o objetivo de confirmação dos resultados descritos nos meios auxiliares de diagnóstico ou de queixas dos utentes.

As consultas têm um período de 60 minutos e são marcadas por ordem de disponibilidade de agenda. No final das consultas é elaborado um relatório que depois será enviado ao profissional de saúde que requereu a avaliação.

Na primeira consulta é realizada a entrevista de anamnese de modo a estabelecer uma base para um diagnóstico que deverá ter o máximo de informação a respeito do indivíduo sobre a sua infância, família, profissão, doenças e também para se iniciar e estabelecer uma relação empática entre o paciente e o técnico.

Nas sessões seguintes e no âmbito de um protocolo a cumprir nas avaliações são aplicadas provas como Toulouse Pierón, Labirintos de Proteus, Figura Complexa de Rey entre outras.

Se necessário, e depois do indivíduo avaliado, iniciar-se-á a reabilitação cognitiva no Programa de Reabilitação (RehaCom) com base nos comprometimentos apresentados nos testes.

Esta unidade recebe também de forma constante estagiários de psicologia clínica e de neuropsicologia.

Objetivos Propostos

Este estágio teve como objetivo conhecer a estrutura de funcionamento do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) concretamente a Unidade de Neuropsicologia (Pavilhão 17).

Ter contacto com o meio hospitalar que esta Unidade proporciona, a interação com os doentes de modo a adquirir competências nas variadas áreas e patologias, nas rotinas inseridas no contexto de consultas de neuropsicologia.

A importância da aquisição de conhecimento teórico e prático, na integração das consultas e observação das mesmas, avaliação de casos clínicos e elaboração de relatórios de avaliação neuropsicológica assim como a utilização de diferentes instrumentos, provas e protocolos de avaliação existentes na Unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Enquadramento Teórico

Desenvolvimento da Psicologia como Ciência

A psicologia é uma ciência que pode ser considerada uma das disciplinas mais antigas e ao mesmo tempo também uma das mais novas. Citando Hermann Ebbinghaus que descreve a psicologia como algo com “um longo passado, mas uma curta história” comparando-a com as ciências já estabelecidas da altura como a astronomia, anatomia, a física, a química e a fisiologia (*apud* Hothersall, 2006).

No século V a.C, Platão e outros pensadores tentavam compreender e dar resposta aos problemas que hoje a psicologia também se ocupa de responder como a motivação, aprendizagem, memória, comportamentos e inteligência, entre outras.

Isto indica que as atuais interrogações sobre a natureza humana também eram questionadas há séculos atrás e que existe uma continuidade vital entre o passado e o presente em termos de seu objeto de estudo (Schultz & Schultz, 1994).

É a partir da aplicação do método científico e das disciplinas físicas e biológicas que a Psicologia alcança a sua identidade própria, afastando-se das suas raízes filosóficas tornando-se numa ciência. Outro marco nas origens da psicologia como ciência é o ano de 1879, quando Wilhelm Wundt funda o primeiro laboratório de psicologia na Alemanha. Apesar de outros estudiosos terem conduzido pesquisas psicológicas, Wundt foi o primeiro a assumir-se psicólogo e a caracterizar as suas investigações como laboratório psicológico (Wittig,1981).

Nos finais do século XIX, as ideias e princípios da psicologia chegam aos países da Europa e Estados Unidos e várias foram as demonstrações do incremento desta disciplina. Em 1881, Wundt lança a primeira revista de psicologia dedicada a estudos experimentais – *Philosophische Studien*; nos Estados Unidos, Stanley Hall funda em 1887 o *American Journal of Psychology* e em 1908, William McDougall, psicólogo

britânico, define a psicologia como ciência do comportamento. (Schultz & Schultz, 1994).

A recente ciência rapidamente se espalha, principalmente nos Estados Unidos onde muitos laboratórios foram criados e onde surge em 1892, a primeira organização científica e profissional de psicólogos, a *American Psychological Association - APA*. (Schultz & Schultz, 1994).

Uma das características que mais se destaca na psicologia no início do século XX é o aparecimento de diferentes escolas de pensamento e ao desenvolvimento de diferentes sistemas psicológicos, como o funcionalismo e o estruturalismo.

No século XX, assistimos à substituição destes sistemas por novas teorias que vão surgindo de controvérsias entre os psicólogos com a introdução de novas concepções a respeito da psicologia e do seu objeto de estudo. Cada escola surge com um “pensamento” diferente do anterior, propondo uma visão alternativa do ser humano, com diferentes métodos de investigação e de objeto (Schultz & Schultz, 1994).

Essa diversidade permite que o campo da psicologia se torne cada vez mais especializado, com cada grupo a aderir às suas próprias orientações teóricas e de método, abordando o seu objeto de estudo a partir de diferentes técnicas.

A Psicologia Clínica

O termo psicologia clínica surge no século XIX e em simultâneo em países como a França, Alemanha e Estados Unidos e é facultada por Lightner Witmer na Universidade de Leipzig em 1892 (Garfield, 1965).

A divisão de psicologia clínica da *American Psychological Association* (APA), em 1935, declarava que “a Psicologia Clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição análise e observação e, na base dum integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo” (MacKay, 1975).

Para lá deste facto, a psicologia clínica precisava de encontrar o seu regulamento epistemológico que a considerasse como ciência e a apoiasse teoricamente. Recorre à concretização de dois conceitos que acabam por ser principais como o método clínico e o raciocínio clínico com a finalidade de proteger o interesse e predomínio de um método clínico, alternativo a um método experimental. Só após a II Guerra Mundial, nos Estados Unidos e na Europa, a psicologia clínica se expandiu alcançando uma maior relevância devido à necessidade de tratar os soldados e outras vítimas da guerra que sofriam de perturbações do foro mental (Ribeiro & Leal, 1996).

A psicologia clínica distingue-se das outras áreas da psicologia principalmente pela maneira de pensar e atuar. Esta área da psicologia tem como objetivo o estudo das perturbações mentais e a suas manifestações psíquicas, avaliação e diagnóstico, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico dos indivíduos (Brito, 2008).

Para a psicologia clínica, as respostas encontradas em relação ao saber psiquiátrico eram diminutas para compreender os desafios que o século XX lhe colocava. Daí que psicologia clínica e psiquiatria tomassem em comum teorias de

personalidade e de comportamento de alguns autores. A psicologia clínica, mais do que referida a uma população ou a uma nosologia, descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o relacional, ou seja a qualidade da relação entre o psicólogo e o seu paciente. Neste sentido, o psicólogo clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize, vai referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal-estar ou desadaptação, delineando uma intervenção capaz de implicar uma diminuição ou reorganização em relação aos problemas que lhe são apresentados (Ribeiro & Leal, 1996).

Citando Pedinielli, (1999) a psicologia clínica complementa-se com a psiquiatria, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento, reabilitação, neuropsicologia, psicologia forense, psicopedagogia, psicologia da saúde e psicologia comunitária.

Objetivos da Psicologia Clínica

A psicologia clínica é uma área de atuação da psicologia que tem como objetivo o estudo das perturbações mentais e suas manifestações psíquicas, e que é suportada pela avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico do indivíduo (Brito, 2008).

A função do psicólogo clínico é o de colaborar no tratamento das perturbações mentais uma vez que permite ao indivíduo adquirir uma maior capacidade de análise e compreensão dos seus sentimentos e atitudes, assim como capacidade para reagir perante os seus problemas e mudanças na vida.

Os principais objetivos da psicologia clínica são o de prevenir o aumento e/ou agravamento das patologias ou comportamentos alterados; introduzir atividades com fins terapêuticos; incentivando a capacidade de adaptação intervindo nos momentos de crise; auxiliar na redução dos momentos de sofrimento emocional; modificar os

comportamentos de risco; auxiliar indivíduos com enfermidades físicas para facilitar os procedimentos de terapia, recuperação e reabilitação; colaborar para um acréscimo positivo na qualidade de vida das pessoas e por último a contribuição na investigação de modo a uma maior compreensão nos processos psicológicos e nas intervenções psicológicas (Ribeiro & Leal, 1996).

O Psicólogo Clínico em Contexto Hospitalar

Vários autores têm-se debruçado sobre qual a função da psicologia em contexto hospitalar, por vezes denominada de psicologia hospitalar, quais os seus pressupostos, quais as suas formas de atuação, os seus limites, as suas interpretações.

Diz Augerami-Camon (1996) que a "psicologia no hospital ou a psicologia hospitalar tem a sua base teórica assente na psicologia clínica". A interpretação deste autor vai ao encontro de diversos outros autores que afirmam que a psicologia clínica serve de suporte ao trabalho desenvolvido em contexto hospitalar.

Já Lazaretti et al, (2007) mencionam que a psicologia hospitalar "(...) é como um desdobramento da psicologia clínica na instituição hospitalar". No hospital o psicólogo tem de estar integrado na equipe, tem de saber e conhecer os casos clínicos, tem de ter uma posição ativa envolvendo pacientes e familiares, contribuindo para o trabalho em equipa para um atendimento de melhor qualidade assente na reflexão de uma ética que considera a norma e o sigilo.

Angerami-Camon (1996) diz que "a psicologia em contexto hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento emocional provocado pela hospitalização".

Fatores psicossociais ou até económicos vão influenciar todo o processo de internamento ou de consulta podendo gerar sofrimento tanto para o paciente e familiares como à equipa de profissionais de saúde.

Campos, (1995) realça que a atuação ou o trabalho do psicólogo no hospital, vai além da assistência aos doentes e seus familiares prestando por vezes atendimento à equipa profissional em serviço. Podemos falar de humanização hospitalar que o psicólogo clínico poderá mover e transmitir.

Boff, (2013) fala no “*cuidado* como essência humana fazendo parte da nossa espécie não temos cuidado, somos o *cuidado*” representando a atitude, a preocupação e o envolvimento afetivo pelo outro. Para o psicólogo clínico este *cuidado* apesar de ser um atributo necessário a toda a sociedade constitui um compromisso de assistência no seu trabalho ao paciente e familiares.

Boemer (2011) realça por sua vez a importância do aspeto técnico na instrumentalização deste profissional em saúde enfatizando que este deva ser desempenhado com competência mas ao serviço do outro. A importância de que “o doente espera do profissional que dele cuida um envolvimento humano, o estabelecimento de um vínculo, uma disponibilidade pessoal para estar-com (...) investir na relação com o doente implica também no estabelecimento de estratégias que humanizam a assistência.”

Também Fernandes (2011) diz que “no quotidiano nós nos definimos a partir daquilo que ocupamos, cada um tem a sua ocupação, o seu emprego, a sua profissão também o psicólogo clínico no seu quotidiano e a trabalhar em contexto hospitalar tem de saber atuar, tomando decisões de forma autónoma, identificar as necessidades dos pacientes, bem como adotar o método mais indicado para lidar com situações imediatas como a angústia e o conflito existente”.

Citando Salto (2011) “ a vida no hospital é uma vida de relação, relações entre profissionais das equipas multidisciplinares, entre eles e os pacientes, entre eles e os familiares”.

É neste contexto de hospital que o psicólogo clínico desempenha um papel relevante em várias frentes através do aconselhamento psicológico, a promoção e manutenção de saúde e a prevenção e tratamentos de doenças. Ajudar o paciente a melhorar ou manter a sua saúde na adaptação psicológica resultante de situações de confronto ou aceitação com a doença, e por vezes com a incapacidade que está adjacente à doença.

São situações recorrentes que envolvem a mudança pessoal, o ajustamento à nova situação, às rotinas farmacológicas, à relação ao nível dos tratamentos e às medidas de reabilitação impostas. Ouvir e acolher as inquietações do paciente e dos seus familiares, ajudar a tomar decisões de modo a promover o bem-estar psicológico é do comprometimento do psicólogo clínico.

A Psicologia Clínica no Contexto da Neuropsicologia

Para a psicologia o seu objeto de estudo continua o mesmo, inalterável, o Homem, como ser complexo, levado pelas emoções e pensamentos, o que faz dele um ser, uma pessoa única.

A psicologia surge em meados do século XIX apresentando dois nomes que competem pelo seu nascimento ou origem. São eles Fechner e Wundt.

Fechner aparece referido com a sua obra em psicologia “Elementos da Psicofísica”, editada em 1860 e Wundt aparece ligado à publicação de seu livro “Elementos de Psicologia Fisiológica” em 1864 e ao primeiro laboratório de psicologia, em Leipzig, Alemanha, em 1879 (Figueiredo, 2005).

A psicologia declara-se autónoma e experimental dando a Wundt a sua origem e criação. Wundt reúne e categoriza em grupos os constituintes da vida mental, delimita o seu objeto, estabelece os métodos de estudo dando corpo e formatando a psicologia.

A psicologia deixa de ser o estudo da vida mental e da alma e passa a ser o estudo da consciência ou dos casos conscientes. Deste modo, estruturada e sistematizada, a mesma passa a ser uma ciência independente, não mais um anexo da filosofia ou da fisiologia. Surgem diversos e novos ramos, os quais foram resultado de uma reorientação ou junção de diversas tendências resultando na criação de cinco escolas psicológicas, que estruturaram e caracterizaram a psicologia no seu princípio. Foram elas o Estruturalismo, o Funcionalismo, o Behaviorismo, a Gestalt e a Psicanálise. Cada uma delas se qualificou pelo significado de psicologia, pelos seus assuntos específicos e pelos métodos que aplicavam no desenvolvimento das atividades (Dutra, 2014).

De acordo com Figueiredo (2005), nestes últimos 150 anos, a psicologia concebeu um espaço enorme no que respeita ao conhecimento sobre o que é a pessoa, mostrado pelo seu incessante desenvolvimento e reconhecido pelas evidentes contribuições para o avanço da ciência.

O termo psicologia clinica surge no século XIX e em simultâneo em países como a França, Alemanha e Estados Unidos e é facultada por Lightner Witmer na Universidade de Leipzig em 1892 (Garfield, 1965).

Só após a II Guerra Mundial, nos Estados Unidos e na Europa, a psicologia clinica se expandiu alcançando uma maior relevância devido à necessidade de tratar os soldados e outras vítimas da guerra que sofriam de perturbações do foro mental (Ribeiro & Leal, 1996).

A psicologia clínica distingue-se das outras áreas da psicologia principalmente pela maneira de pensar e atuar. Esta área da psicologia tem como objetivo o estudo das perturbações mentais e a suas manifestações psíquicas, avaliação e diagnóstico, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico dos indivíduos (Brito, 2008).

Hoje em dia, a consciencialização das pessoas sobre a vida pessoal e comunitária, sobre a saúde, o bem-estar e sobre a própria participação na construção do futuro pessoal e da sociedade como um todo, é fruto das teorias e dos conceitos sobre os processos psíquicos e do trabalho dos psicólogos. Estes ofereceram esclarecimentos sobre o atividade psíquica do ser humano, incutiram e fundaram projetos e atividades que ajudaram no desenvolvimento da qualidade de vida do indivíduo, da pessoa

Por sua vez a neuropsicologia é o ramo da neurociência que estuda a relação entre o comportamento e o funcionamento cerebral em condições normais ou patológicas, decorrentes de fatores congénitos, lesões adquiridas ou disfunções de natureza elétrica ou química (Gil, 2002).

A neuropsicologia teve o seu grande impacto partir do final da primeira metade do século XX durante os períodos da I e da II Guerra Mundiais, conseguindo uma posição de destaque diferente da neurologia, da psicologia e da psiquiatria. Cabe a Lúria tornar conhecido este período dando um papel de realce a este neste período de desenvolvimento dentro da neuropsicologia em áreas de grande destaque como a reabilitação neuropsicológica.

Também a neuropsicologia tem como objetivo o estudo e a compreensão das relações entre sistema nervoso e comportamento, fornecendo ferramentas para sua avaliação e técnicas para a intervenção, integradas num quadro fenomenológico da psicologia. A Neuropsicologia é uma área da Psicologia que trabalha com muitas áreas, nomeadamente as neurociências, a neurologia, a psicologia clínica ou a psiquiatria, permitindo corresponder às necessidades colocadas pela sociedade em vários domínios, nomeadamente pessoas com disfunção cerebral em qualquer fase da vida, e necessidades daí decorrentes de avaliação e reabilitação.

Hoje, a neuropsicologia atual estuda os temas clássicos da psicologia como a atenção, aprendizagem, percepção e memória utilizando métodos da psicologia experimental e do campo da psicometria para a construção de testes. A relação entre a psicologia clínica e a neuropsicologia é estreita e complementar, uma vez que a neuropsicologia se dedica ao estudo do funcionamento do cérebro analisando o sistema nervoso e suas estruturas, a psicologia por sua vez faz uma observação específica da nossa mente e da forma como organizamos as informações e experiências que concebem e demarcam o real dos nossos comportamentos.

Estas duas abordagens ajudam a perceber como construímos e processamos as informações, a entender os níveis neurológicos, a constituição dos modelos mentais de aprendizagem, e não menos importante as formas de o indivíduo interagir em seu redor e entender-se a si mesmo.

Citando Pedinielli, (1999) a psicologia clínica complementa-se com a psiquiatria, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento, reabilitação, neuropsicologia, psicologia forense, psicopedagogia, psicologia da saúde e psicologia comunitária.

A Ética e Deontologia do Psicólogo Clínico

A percepção da diversidade nas ciências psicológicas deve ser colocada não nas diferenças, mas nos vínculos existentes entre os diversos pressupostos, tentando-se uma perspectiva integradora da psicologia, baseada no seu objeto de estudo: a pessoa como facto pessoal e total (Ricou, 2004).

Apelando à etimologia da palavra ética, do grego *éthos*, tenta explicar as regras morais de forma racional, fundamentada, científica e teórica. É uma reflexão sobre a moral e deve-se referir à pessoa na relação com o outro. Neste caso, a ética no psicólogo deverá referir-se ao seu modo de ser na relação com o seu cliente.

O código de ética deverá mostrar os valores que levem a um cumprimento de excelência da psicologia, tendo em apreciação os seus objetivos de nomeação do bem-estar da pessoa. O conhecimento do código terá de garantir uma atuação adequada, mas ao psicólogo cabe a consciência dos seus próprios limites (Aranguren,1990).

A moral comum da Psicologia, definida no código deontológico dos psicólogos portugueses, no Regulamento nº 258 publicado em 2ª série do Diário da República a 20 de Abril de 2011, visa a promoção da qualidade de vida e proteção de pessoas, casais, famílias, grupos, organizações e comunidades com as quais o profissional trabalhe (Diário da República, 2011).

O código integra cinco princípios principais que fazem parte de um conjunto de pressupostos de atuação consensuais na sua aceitação, já que foram produzidos e inculcados nas características naturais da pessoa, resultantes de um raciocínio filosófico secular e com base na natureza da intervenção psicológica, são eles, o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade, beneficência e não-maleficência e oito princípios específicos, consentimento informado, privacidade e confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológica, ensino, formação e supervisão psicológicas, investigação e declarações públicas (Diário da República, 2011).

Intervenção Psicológica

Observação Clínica no Contexto Neuropsicológico.

O Homem desde sempre teve interesse em investigar, dar resposta ao desconhecido, tentando compreender e explicar a inter-relação entre cérebro, mente e comportamento.

A designação de neuropsicologia foi ouvida pela primeira vez em 1913 numa conferência representada por Sir William Osler, nos Estados Unidos. A neuropsicologia

é uma área da psicologia em interface com muitas áreas, nomeadamente as neurociências, a neurologia, a psicologia clínica ou a psiquiatria, permitindo responder às necessidades colocadas pela sociedade em vários domínios, nomeadamente pessoas com disfunção cerebral em qualquer fase da vida, e necessidades daí decorrentes de avaliação e reabilitação (Mader, 2005).

Citando Gil (2002) a neuropsicologia é uma área das neurociências que estuda a relação entre o comportamento e o funcionamento cerebral em circunstâncias normais ou patológicas, resultantes de fatores congénitos, lesões adquiridas ou de alterações de natureza elétrica ou química.

Para Lúria (1966) a neuropsicologia é a ciência que tem por objeto o estudo das relações entre as funções do sistema nervoso e o comportamento humano.

A neuropsicologia teve um avanço significativo a partir do final da primeira metade do século XX, no entanto o período mais significativo foi durante a I e a II Guerra Mundiais devido à necessidade de reabilitar soldados com traumatismos crânio-encefálicos. Surgem neste período programas de reabilitação assim como os primeiros testes neuropsicológicos. Lúria teve aqui um papel fundamental durante este período no desenvolvimento de programas ao nível da reabilitação neuropsicológica (Rodrigues, 2013).

Hoje, a neuropsicologia tem como foco principal a análise da relação entre o sistema nervoso, o comportamento e a cognição usando o método científico como suporte, ou seja, parte de um conjunto de provas experienciadas que sejam verificadas sobre o seu objeto de estudo, de maneira a gerar um conjunto de hipóteses adequadas para o estudo em causa, ou para averiguar a existência de alguma relação entre as variáveis (Maia, 2009).

Ao nível do diagnóstico a neuropsicologia, utiliza uma instrumentalização que permite adquirir abundante informação através de procedimentos próprios de observação e avaliação na relação cérebro-comportamento através do acompanhamento clínico e longitudinal do quadro do paciente (Leitão, 2005).

No diagnóstico neuropsicológico todos os procedimentos de avaliação são fundamentais como a descrição dos sintomas, comportamentos e manifestações clínicas. A importância da observação clínica é o método da tradução fiel do doente, do que é visto em palavras por parte deste, sem suposições e que surge da relação terapeuta-paciente através de uma entrevista clínica ou da capacidade empática originando uma interpretação da observação e clínica (Correia, 2015).

A observação aponta tanto um tempo num processo de conhecimento como a ação feita pelo observador e também pelos dados recolhidos.

Segundo Ciccone (2000) a observação clínica é uma das formas de atenção, um prolongamento da atenção em que se define uma atividade psíquica sobre um objeto em particular.

No entanto o termo atenção para Ciccone (2000) é sinónimo de cuidado, de consideração e de empatia, privilegiando a dimensão experiencial do ser humano.

O interesse e a importância da observação é o de preencher principalmente a sua capacidade de melhorar uma situação clínica e dar continuidade a um trabalho clínico.

Para Lezak (1995) a observação clínica é fundamental para a elaboração do relatório diagnóstico, uma vez que este deve apontar tanto as características comportamentais observadas como para as competências do paciente nos planos da função intelectual, atenção, concentração, velocidade de processamento, de informação, de aprendizagem, memória, fala, percepção funções executivas e visuo-motoras.

A Avaliação Psicológica no Contexto Neuropsicológico.

A avaliação psicológica é por definição uma área específica e exclusiva da psicologia e permite o estudo aprofundado de várias funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Gil, 2004).

A avaliação psicológica foi iniciada com Spearman e Binet, nos princípios do século XIX, devido à evolução sentida na psicometria, com a construção do primeiro teste de aptidão para crianças. De início, a função e o foco do psicólogo era a sua contribuição em áreas educacionais, com a avaliação do rendimento escolar, capacidade intelectual, aptidões e inaptidões infantis (Vieira, 2007).

Durante muito tempo, a avaliação psicológica ficou restrita à utilização de testes psicológicos. Essa situação favoreceu uma cultura dos testes, na qual o realce estava na representação mecânica de rotina referente à administração e correção dos mesmos (Alchiere, 2015).

Esse uso exclusivo de testes concentrava-se essencialmente na identificação e localização de áreas e de lesões cerebrais.

Lúria veio refutar essas conceptualizações localizacionistas (Gall) defendendo que qualquer alteração comportamental é resultado da interdependência entre várias regiões cerebrais e não de uma só.

A sua teoria vai de encontro ao que a neuropsicologia entende da participação do cérebro como um todo no qual as áreas são interdependentes e inter-relacionadas, denominando-se por sistema funcional (Alchiere, 2015).

A avaliação é feita através da entrevista e da aplicação de testes que podem ser agrupados em baterias fixas ou flexíveis e de exames psicofisiológicos além de questionários que possam avaliar as condições socioculturais, a qualidade de vida entre

outros. Todos os instrumentos devem ser escolhidos mediante as suas qualidades psicométricas. A avaliação psicológica pretende adicionar um cunho científico a esta atividade, utilizando o método da observação e formulação de hipóteses e inferências confiáveis para sua prática profissional (Vieira, 2007).

O objetivo da avaliação neuropsicológica é identificar distúrbios das funções superiores produzidos por alterações cerebrais, desencadeando respostas comportamentais. É recomendada em qualquer caso onde exista a suspeita de uma dificuldade cognitiva ou comportamental de origem neurológica uma vez que pode auxiliar no diagnóstico (Maia, 2009).

Lezak (2004), menciona a utilidade da avaliação neuropsicológica no estudo da organização cerebral, desordens específicas e também a sua relação com o comportamento.

As condições ideais para a realização da avaliação psicológica é a de ter a possibilidade de sobrepor variadas informações vindas da observação, análise das funções mentais, entrevistas e dados da história do sujeito (Anastasi, 2000).

Todas estas informações devem ser cruzadas com os resultados dos testes de modo a que se consiga formular hipóteses que no decorrer do processo vão sendo validadas ou alteradas e no qual o enfoque central será o diagnóstico, prognóstico e indicação de condutas terapêuticas.

Intervenção e Reabilitação Cognitiva

Os programas de reabilitação cognitiva exigem que sejam orientados por objetivos de acordo com as necessidades específicas de cada paciente, baseados no princípio de plasticidade cerebral, sendo esta a capacidade de compensação e adaptação do cérebro ao trauma ou lesões cerebrais.

Em inúmeros artigos é dado a conhecer que na lesão cerebral adquirida, os traumatismos crânio-encefálicos e acidentes vasculares cerebrais são as primeiras causas de mortalidade ou morbilidade em Portugal (Santos, Sousa, Castro-Caldas, 2003, Castro, 2006) podendo ter várias origens e ser transversal a vários grupos etários.

Um dos muitos efeitos dessas lesões é a alteração cognitiva e executiva, ou seja, a incapacidade de ter ação, de saber planear, de organizar, de regular e orientar comportamentos para tarefas do dia-a-dia. A impossibilidade por vezes de viver de forma autónoma é uma das primeiras barreiras que encontramos para a reinserção destes pacientes na vida familiar, social e profissional (Maia, Correia & Leite, 2009).

O objetivo da reabilitação neurocognitiva, é o de melhorar as capacidades dos pacientes na resolução dos seus problemas diários. No entanto, o enorme desafio que surge durante a reabilitação, é o manter os pacientes motivados, colaborantes de forma a acautelar eventuais afastamentos nas sessões.

A esta falta de motivação, surgiu a cooperação entre a reabilitação neurocognitiva e as soluções proporcionadas pelas tecnologias de informação colocando à nossa disposição *software* apelativo para que o processo de reabilitação seja bem aceite e executado com motivação e autonomia (Maia, Correia & Leite, 2009).

A aplicação RehaCom surgiu em 1986 através de uma empresa alemã que teve interesse em desenvolver uma aplicação que desse apoio à reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral e também com o sentido de aproximar o mais possível a referida tecnologia à vida quotidiana dos pacientes.

Através deste programa informático é possível mencionar uma série de vantagens, nomeadamente o de ser flexível, contínuo, individual e adaptável ao *setting* natural. É constituído por vários itens relativos à atenção e concentração, treino de vigilância, memória verbal, memória topológica, memória de figuras, treino de compras

Desta forma, o treino cognitivo através deste sistema, visa restituir ou compensar a função comprometida (Maia, Gaspar, Azevedo, et al., 2004).

Breve Contextualização da Terapia Cognitivo Comportamental

Da psicologia clínica fazem parte distintas abordagens terapêuticas, que tratam o paciente tendo em conta o seu quadro clínico e as suas singularidades. No âmbito dos casos de estudo selecionados foi dado relevo às estratégias da Terapia Cognitivo Comportamental.

A Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) tem mostrado algum relevo e importância na área da saúde, através da análise da ação dos sistemas cognitivos nos comportamentos de saúde e doença dos indivíduos (Bloch, 1999).

Esta teoria apresenta a possibilidade da autoaplicação de técnicas muito diversificadas para resolver problemas da vida quotidiana do individuo como o auto controlo, autoeficácia integrados no processo terapêutico (Guerra & Lima, 2005).

A TCC deriva da junção de duas teorias, a Cognitiva e a Comportamental que junta as correntes de Beck e de Skinner respetivamente. Todas as TCC se focam na mesma premissa segundo a qual as mudanças terapêuticas surgem devido às alterações nos processos disfuncionais de pensamento. Estas disfunções cognitivas surgem das interpretações erradas que o indivíduo faz do mundo (Beck & Alford, 2000).

A TCC parte do princípio que a forma das pessoas interpretarem as suas experiências e pensamentos no meio que as rodeia, influenciará o seu modo de agir e de pensar. Seguindo este princípio, grande parte das doenças psicopatológicas têm origem em perceções distorcidas da realidade. Cabe ao psicólogo anular essas disfunções cognitivas e substituí-las por outros pensamentos mais assertivos. No entanto sempre apoiado no conceito de considerar o paciente como um todo dando relevância ao

ambiente em que este se insere facilitando a identificação de áreas onde possa existir hipóteses para a mudança (Bloch, 1999).

É possível a mudança dos comportamentos disfuncionais permitindo uma obter uma melhor qualidade de vida. Aqui, o terapeuta tem de ter uma atuação diretiva para conseguir atingir as mudanças pretendidas, tem que haver colaboração entre o terapeuta e o paciente, na medida em que devem acordar o tipo de tratamento a seguir (Beck & Alford, 2000).

A TCC tem como base a análise dos pensamentos automáticos que vão influenciar as emoções e comportamentos do indivíduo. O comportamento é o responsável pelo prolongamento do pensamento ou seja um sustenta o outro. Tendo isto em atenção procura-se modificar tanto a forma como a ação em que o indivíduo os representa (Beck & Alford, 2000).

As estratégias empregues incitam um acréscimo inicial da ansiedade aquando da realização dos exercícios, contudo a realização dos mesmos vão facultar a falta progressiva da sintomatologia quando ocorre a concordância do paciente para a realização das tarefas

Perturbações Psicológicas

Desde o início dos tempos que o homem tenta explicar e rotular as manifestações mentais consideradas atípicas juntando-as ou agrupando-as em conjuntos ou grupos nosológicos resultantes dessas observações (Correia, 2015).

No início do século XX a Europa, nomeadamente a França e a Alemanha começaram a uniformizar essas manifestações criando os grandes manuais classificativos como o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e The International Classification of Diseases (ICD) Correia (2015).

O termo psicopatologia foi utilizado pela primeira vez por Emming Naus em 1878 como sinónimo de psiquiatria clínica, mas adquiriu o seu significado atual em 1913, com Karl Jaspers pela sua obra Psicopatologia Geral (Psychopathologie) na qual tenta desenvolver uma teoria geral das doenças psíquicas (Dalgarrondo, 2008).

Esta aparente facilidade de uniformizar e diagnosticar certas patologias através dos comportamentos de uma lista de sintomas mal definidos que se encontravam nestes manuais também foi o motivo para o desinvestimento da mesma psicopatologia uma vez que o seu elemento principal é a descrição dos elementos-base (Correia, 2015).

Para Correia (2015) a complexidade do sintoma e da perturbação mental não deve ser ignorada, mas sim incluída numa ordem que a classifica tornando-a imprescindível para a prática clínica na orientação do seu tratamento.

São estes os conceitos de observação, de experiência, de comportamento, de crenças enraizadas e da relação íntima de médico-doente que surgem os grandes psicopatologistas e nosologistas dos finais do século XIX e início do século XX como Falret, Kraepelin e Kahlbaum entre outros criando novas hipóteses teóricas dando mais tarde correlações clínico-biológicas. Nos dias de hoje a psicopatologia na sua validação

empírica depende dos estudos genéticos, estudos clínicos e procura de uma causa biológica, através do modelo médico e do modelo psicológico (Correia, 2015).

A Lesão Cerebral

A lesão cerebral adquirida, os traumatismos crânio-encefálicos e acidentes vasculares cerebrais são as primeiras causas de mortalidade e morbidade em Portugal (Santos, Sousa, Castro-Caldas, 2003, Castro, 2006).

O impacto comportamental da lesão cerebral depende das funções neuroanatómicas e fisiológicas de cada indivíduo assim como as variáveis, idade, género, condição física, extensão e duração da lesão (Lezak, 1995).

É fundamental o conhecimento das possíveis alterações cognitivas, a sua avaliação e posterior reabilitação e devem constituir um elemento indispensável a qualquer programa de reabilitação que tenha como objetivo central a promoção da reintegração dos pacientes na vida ativa (Muñoz-Cespedes, 1996).

Uma grande parte dos indivíduos que conseguem sobreviver à lesão cerebral sendo esta moderada ou grave irão ter quase sempre sequelas comportamentais, cognitivas ou emocionais de longo prazo, a par das sequelas físicas, sendo desta forma a principal causa das dificuldades ao nível pessoal, social e profissional (Ben-Yishay, 1983).

Um dos fatores mais marcantes nestes indivíduos tem a ver com o problema do ingresso ou reingresso ao mundo do trabalho (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003).

A questão do voltar ao trabalho é importante, não só como fator condicionante de autonomia financeira, mas também para a estruturação e estabilidade de vida, dando independência ao indivíduo quer dentro da comunidade como na própria vida pessoal (Lezak, 2004).

A reabilitação destes pacientes não deve ser considerada de forma a pensar que é possível voltar a tudo ao que era antes, uma vez que após uma lesão cerebral os danos são muitos e a maior parte das vezes são permanentes e irreversíveis. Assim a

reabilitação deve ser entendida como um conjunto de ações que visam traçar metas possíveis para lidar com as consequências funcionais da lesão cerebral, tendo como objetivo principal dar ao paciente ferramentas de modo a que ele consiga alcançar a sua funcionalidade no nível mais elevado que lhe é possível (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003).

Para atingir determinados parâmetros no processo de reabilitação é fundamental coordenar de forma articulada a intervenção cognitiva com outras intervenções clínicas e terapêuticas. Ou seja, atingir o máximo de independência possível ao nível pessoal, nas atividades da sua vida diária, na promoção de relações estáveis e consistentes ao longo da vida, na aquisição de competências para a realização de atividades e ainda o desenvolvimento de estratégias de ajustamento emocional para consigam aceitar e lidar com a sua nova condição (Ben-Yishay, 1983).

No processo de reabilitação é essencial avaliar e o comprometimento das funções cognitivas afetadas, pois é através delas que conseguimos representar o mundo mentalmente através do apreender, processar, guardar e comunicar informação ao longo de toda a vida e dão-nos ainda a possibilidade de termos a consciência de nós próprios através do planear, de decidir e de regular o nosso comportamento de acordo com as regras e normas sociais que nos são impostas pela nossa sociedade (Ferro, 2013).

As funções cognitivas dependem dos hemisférios cerebrais e segundo Ferro (2013) de um modo geral o hemisfério esquerdo é responsável pelas atividades verbais e por aquelas que necessitam de uma análise específica e de grande resolução temporal, de estímulos presentes na linguagem oral, leitura, escrita, cálculo e memória verbal. Enquanto o hemisfério direito está encarregue das capacidades não-verbais e por aquelas que requerem um processamento mais global dos estímulos como referências espaciais, memória de faces e visuo espacial.

O estudo das funções cognitivas dá-nos a possibilidade de conhecer a disposição funcional do sistema nervoso em geral e a sua capacidade se reorganizar após uma lesão.

Acidente Vascular Cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das afeções neurológicas agudas mais comuns com uma das maiores taxas de mortalidade e morbidade em todo o mundo. O AVC é uma doença súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada originando grande impacto na qualidade de vida do paciente e dos seus familiares (Ferro, 2004).

Os números da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006) é a de que o acidente vascular cerebral é a terceira principal causa de morte nos países industrializados, sendo que em Portugal o AVC é a principal causa da morte e seguramente a doença que causa maior dependência e diminuição de qualidade de vida (Silva, 2007).

Em Portugal os dados disponíveis do Ministério da Saúde sobre taxas de mortalidade por AVC em Portugal apenas dizem respeito a indivíduos com menos de 65 anos. Apesar da mortalidade por AVC tenha vindo a diminuir ao longo das últimas décadas esta continua a manter-se acima dos valores de referência dos países da União Europeia (Sá, 2009).

Os fatores de risco podem ser divididos em não modificáveis como é o caso da idade, género e etnia e os fatores modificáveis como é o caso da hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo (Ferro, 2004).

O AVC é mais frequente nos homens, nos afro-portugueses, nos diabéticos, nos fumadores e nos que bebem excessivamente. A hiperlipidemia também é considerada um fator de risco. A obesidade e o sedentarismo são também fatores a considerar mas menos significativos (Ferro, 2004).

O AVC não se distribui espacialmente pelo encéfalo ao acaso. Segue a distribuição das zonas arteriais no caso do AVC isquémico, ou dos locais de maior fragilidade vascular, no caso do hemorrágico (Ferro, 2003).

Tipos de AVC

Alguns autores mencionam dois tipos de AVC, o isquémico e o hemorrágico (Silva, 2004, Maia, Correia & Leite, 2009).

Estes seguem o percurso dos territórios arteriais no caso do AVC isquémico, ou nas regiões de maior fragilidade vascular no caso dos hemorrágicos (Ferro & Pimentel, 2013).

O isquémico é o tipo de AVC que ocorre em maior número. No entanto, apesar da elevada mortalidade, a maior parte das vítimas de AVC isquémico sobrevive à fase aguda da doença com medicamentos que vão promover a circulação arterial, designada terapêutica trombolítica ou a destruição do trombo que está a obstruir a artéria (Sá, Maria José, 2009).

O AVC isquémico pode ser determinado como sendo o oposto ao AVC hemorrágico. A sua causa é consequência de um coágulo sanguíneo localizado o qual leva à interrupção do fornecimento de oxigénio e nutrientes ao cérebro, afetando desse modo os metabolismos da área envolvida Habib (2000). Se esta privação de oxigénio for inferior a 24h está-se perante um acidente isquémico transitório (AIT) e a lesão poderá reverter, no entanto, se a isquemia persistir para além desse período as disfunções poder-se-ão tornar definitivas e irreversíveis Habib (2000).

Nas urgências dos hospitais, uma a duas pessoas em cada 10 surgem com AVC hemorrágicos. Esta diferença só pode ser confirmada com a absoluta certeza, através de uma tomografia axial computadorizada (TAC) que irá revelar uma hiperdensidade no hemorrágico ou uma hipodensidade no caso do isquémico. No entanto devem ser

considerados no diagnóstico diferencial sintomas como cefaleia, vômitos, pressão arterial muito elevada e perturbação na vigília (Ferro & Pimentel, 2013).

Consequências do AVC

Seja qual for a causa do AVC (isquémico ou hemorrágico), as consequências instalam-se com rapidez, provocando consequências graves quanto à capacidade física e ao estado emocional do paciente (Neves et al., 2004).

Quando falamos de dependência ou de incapacidade gerada pelo AVC, temos de mencionar as deficiências físicas e psíquicas, a retirada do mundo do trabalho, a reforma antecipada, a necessidade de apoio familiar e social, a reabilitação física e apoio psicológico, entre muitas outras dimensões de assistência e apoio (Sá, 2009).

Dependência ou incapacidade por haver alterações nas funções cognitivas ao nível das funções executivas e alterações da comunicação e linguagem (afasias). Sabe-se que mais de metade dos doentes que tiveram AVC apresenta sintomas de depressão afetando consideravelmente várias dimensões da qualidade de vida (Sá, 2009).

Também Leal (2006) menciona que as queixas mais comuns dos indivíduos que sofreram AVC são a depressão, a limitação física, os défices cognitivos, o isolamento social e a falta de suporte social

Tudo isto determina a necessidade de avaliar os doentes de forma partilhada, interdisciplinar, tendo em vista um processo de reabilitação que deve ser adequado às necessidades de cada paciente, porque a maior parte destes indivíduos apresentam muitas dificuldades em se organizarem, tomar decisões, planear ações e manterem uma vida estável por vezes sem uma retaguarda familiar consistente.

Depressão e AVC

A palavra depressão, na expressão corrente, tem sido utilizada para assinalar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), como um sintoma, uma síndrome ou várias

doenças. Enquanto sintoma, a depressão pode aparecer nos mais diversos quadros clínicos, entre os quais: transtorno do *stress* pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas entre outras. Enquanto síndrome, a depressão abrange não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma série de outras situações como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas como o sono e o apetite (Porto, 1999).

Segundo (Widlocher, 2001) a depressão deve ser seguida por um sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou por outras áreas relevantes da vida do indivíduo.

É uma doença que afeta ao longo da vida mais mulheres que homens (APA, 1994). É também uma doença transversal a todas as idades tendo implicações sociais relevantes sendo por isso um problema grave de saúde pública.

A depressão interfere com a maneira de pensar, sentir e de nos relacionarmos com o outro. A família vê a sua estrutura ser atingida originando muitas vezes situações de conflito e de incompreensão (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, 2000).

Segundo as previsões da OMS (2001), dentro de aproximadamente duas décadas as perturbações depressivas serão a 2ª patologia em termos de incapacidade (logo a seguir às doenças cardiovasculares) o que significa que estamos perante um problema grave com tendência a agravar nos próximos anos.

A sua relação como fator importante no processo de reabilitação funcional e cognitiva do doente pós-acidente vascular cerebral, tem servido de tema a vários trabalhos de investigação, uma vez que é a implicação psiquiátrica mais observada após AVC.

A depressão, quando não é diagnosticada ou tratada, está associada à redução da participação ativa do doente no seu processo de reabilitação à perda da qualidade de vida e ao aumento da mortalidade.

Sintomas encontrados em pacientes com depressão pós AVC mencionam a tristeza, ansiedade, tensão, perda de interesse, diminuição da concentração, alterações de sono, despertar precoce, perda de apetite e peso, assim como pensamentos sobre a morte. Estes também apresentam *deficits* na recordação das tarefas diárias que requerem o uso de estratégias para organizarem o seu dia-a-dia.

A depressão pós AVC tende a manifestar-se logo de início, quando do episódio de AVC mas também pode começar após a alta dada pelo hospital.

Para alguns autores, a localização do AVC pode associar-se com maior ou menor prevalência de depressão havendo um envolvimento dos mecanismos distintos na fisiopatologia da depressão pós AVC (Aybek et al., 2005).

Para outros existem diferentes mecanismos etiológicos para este tipo de depressão que possam estar envolvidos e apontarem para algumas hipóteses, como a perspetiva biológica e psicossocial (Barbosa, et al. 2011).

De acordo com o DSM-V, a depressão é uma patologia do foro psicológico que está inserida nas Perturbações Depressivas. Esta perturbação tal como as restantes incluídas neste grupo têm em comum a mesma sintomatologia mas o que as difere é a variação do tempo, da intensidade e da gravidade.

O diagnóstico da depressão pós-acidente vascular cerebral baseia-se nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (APA, 2013) em Perturbações depressivas- Perturbação depressiva devida a outra condição médica- Características associadas que suportam o diagnóstico.

Abordagem não farmacológica

Tendo em conta as inúmeras consequências que um AVC traz para a qualidade de vida de um doente, podemos considerar que o uso de abordagens psicológicas (principalmente a cognitivo-comportamental) nestes doentes poderiam ajudá-los a modificar e a desenvolver técnicas para superar as possíveis consequências do AVC e até a par das abordagens farmacológicas.

Beck e colaboradores (1997) fazem referência que no caso da depressão, o modelo cognitivo sugere que os sintomas cognitivos, motivacionais e vegetativos da depressão podem ser originados e conservados por distorções nos 3 níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças subjacentes e a esquemas. O perfil cognitivo depressivo é determinado com a existência da visão negativa de si, dos outros e também do seu futuro.

A TCC dá grande destaque aos pensamentos do paciente e à maneira de como este interpreta o seu ambiente e o mundo, centrando-se nas questões que vão sendo apresentadas pelo paciente na ocasião em que este procura a terapia, dando-lhe indicação das opções existentes depois da conceptualização do problema sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias de forma a promover as mudanças necessárias ao seu bem-estar.

Para isso são utilizadas técnicas cognitivas que procuram identificar os pensamentos automáticos, testá-los e substituir as distorções cognitivas.

Estratégias de recuperação

Existem vários níveis de atuação das abordagens de reabilitação em geral. As técnicas de reabilitação podem atuar em níveis diferentes, as de âmbito cognitivo o seu foco é a restauração de função.

Pretende-se com a reabilitação exercitar ou treinar a função lesada, utilizando tarefas repetitivas.

É mais usada para o treino de informações específicas de acordo com cada paciente. Tem uma boa dinâmica para o período pós-agudo de uma lesão cerebral como no caso do AVC. Nesse período a recuperação é mais rápida e o paciente beneficia bastante com a estimulação (Andrade, 2004).

As estratégias compensatórias fazem parte também da reabilitação e vão atuar no nível das inaptidões do paciente e o objetivo é permitir que o paciente encontre uma nova forma de desempenhar as atividades que não podem ser realizadas devido à lesão. Utiliza técnicas de reorganização de tarefa ou de substituição para compensar as dificuldades, como a utilização de uma agenda ou de calendários. Estes instrumentos vão permitir alguma autonomia destes pacientes. Também se aplica algumas estratégias internas como o de associar um nome a uma imagem mental.

Infeções do Sistema Nervoso Central

O sistema nervoso central (SNC) é composto por células, células neurais conhecidas por neurónios, unidade essencial para a produção de movimento e da atividade mental.

Está ligado a todos os pontos do corpo através de feixes de axónios, os nervos que em conjunto ligam o sistema central com a periferia e vice-versa constituindo o sistema nervoso periférico (Damásio, 2003).

O SNC está bem protegido quer pela estrutura óssea quer pela barreira hematoencefálica. No entanto pode ser infetado e em geral na sequência de uma infeção noutra zona do corpo. Os agentes que podem infetar o SNC são os vírus, fungos, bactérias e parasitas. Do ponto de vista clínico estes agentes são responsáveis por

infecções que podem dividir em meningites, encefalites, abscessos e granulomas (Ferro, 2013).

Meningite é uma infecção específica e localizada nas meninges relacionada com um agente infeccioso que pode ser vírus ou bactéria.

A encefalite é quase sempre de etiologia viral e localizada no encéfalo. A zona afetada é preferencialmente a substância cinzenta e por vezes as meninges. Quando existe um envolvimento meníngeo também são denominadas de meningoencefalite (Ferro, 2013). O seu quadro clínico é complexo e composto por uma série de sinais clínicos como febre, convulsões, náuseas, vômitos, cefaleias, alteração do estado vígil, do estado mental e do comportamento (Ferro, 2013).

Consequências de Infecções no SNC

Apesar de bem protegido o SNC é vulnerável a algumas infecções que apresentam um quadro clínico complexo e muito grave. A meningoencefalite herpética é exemplo disso.

Este tipo de encefalite está ligada ao vírus do herpes que quando atinge o cérebro provoca graves danos sobretudo ao nível do lobo frontal e temporal. Os indivíduos que sofreram de encefalite herpética conservam sequelas neurológicas e neuropsicológicas graves devido a alterações da memória, a perturbações do reconhecimento visual e alterações do comportamento emocional (Habib, 2000). O que diferencia a meningoencefalite herpética das restantes meningites virais é a exuberância da sua sintomatologia e o frequente comprometimento do nível de consciência. Muitas vezes há sintomas relacionados com o lobo temporal com comportamento alterado, alucinações, agressividade e convulsões parciais. A evolução clínica nem sempre é aguda, podendo ocorrer progressão subaguda de quadros de cefaleia e febre para deterioração do nível de consciência e coma. Este tipo de encefalite

merece um destaque importante que é o de ter um tratamento específico, o aciclovir e uma mortalidade e morbidade elevada se não tratada a tempo (cerca de 30% dos pacientes faleceram ou tiveram deficit neurológico severo, os 70% restantes retomam as atividades diárias mas permanecendo com sequelas neurológicas), (Ferro, 2013).

Os exames complementares utilizados para o diagnóstico desta infeção incluem a TAC, RM e EEG, no entanto a utilização da RM é o exame mais sensível na deteção de anormalidades parenquimatosas, permitindo uma melhor definição do lobo temporal, a região mais frequentemente atingida por este tipo de encefalite. Macroscopicamente observa-se congestão, edema e hemorragias nas meninges. As camadas corticais mostram zonas de necrose e de hemorragia (Ferro, 2013).

Agnosia

A agnosia é uma perturbação, que se caracteriza pelo facto de a pessoa poder ver e sentir os objetos, mas não os pode associar ao papel que habitualmente desempenham nem à sua função, ou seja, consiste na deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos, pessoas ou formas.

A agnosia pode ser classificada de agnosia adquirida e de agnosia evolutiva em que a primeira faz referência aos casos em que depois de ter adquirido a capacidade de reconhecer estímulos pode ser perdida habitualmente por uma infeção neurológica. Na agnosia evolutiva é feita a referência em que não houve estímulos ou a percepção destes (Bartolomé, Ardila, 2009).

A agnosia está associada a danos cerebrais ou doenças neurológicas, especificamente a lesões do lobo temporal onde se armazena a memória e a importância dos objetos conhecidos. Os objetos usuais são bem identificados pelos doentes mas nunca evocam o sentimento de pertença ou de familiaridade (Habib, 2000).

Prosopagnosia é uma síndrome rara, com a perda da capacidade de reconhecer rostos humanos anteriormente familiares, embora a habilidade de reconhecer objetos possa estar relativamente intacta (Habib, 2000).

Citando Habib, (2000) “ (...) a quase especificidade desta perturbação para os rostos, na ausência do resto de qualquer outra alteração das funções mentais faz desta síndrome um efeito de estudo provocada por uma lesão cerebral”. E mediante estas palavras também nos ensina que um sistema tão complexo e elementar que é o de reconhecer um rosto está por certo adjacente a um feixe de neurónios que ficaram incapacitados devido a uma lesão focal do cérebro (Habib, 2000).

As lesões responsáveis pela prosopagnosia são as que destroem a região da circunvalação hipocâmpica do hemisfério direito. O reconhecimento de um rosto ativa áreas têmporo-occipitais mais anteriores incluindo o temporal de ambos os lados, a circunvalação temporal média mas sobretudo a circunvalação para-hipocâmpica direita (Habib, 2000).

Devido ao fato da face funcionar como uma característica de identificação importante na memória, é difícil para os indivíduos com esta síndrome manter-se a par da informação sobre pessoas, e de se socializarem normalmente com elas. As estratégias de reconhecimento para identificar as pessoas através de certas características pode ajudar, no entanto este recurso pode envolver dificuldades como, a mudança da roupa, os acessórios, a cor do cabelo, a forma do corpo, e até a própria voz que podem mudar.

Também Sacks (1997) “Ao prosopagnóstico resta apenas identificar a pessoa por um sinal, pelo formato do corpo, por acessórios, por cicatrizes ou pela postura. São estratégias automáticas, conscientes e inconscientes para reconhecer rostos”.

Epilepsia

Para a Liga Internacional Contra a Epilepsia (International League Against Epilepsy - ILAE) a epilepsia é uma doença cerebral qualificada para uma direção persistente para gerar crises epiléticas, e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais que dela resultam (Pimentel, 2013).

Quando o fenómeno paroxístico que constitui a crise epilética envolve determinada área neuronal de um hemisfério denomina-se de crise focal ou também quando atinge rapidamente outra rede neuronal chama-se nesse caso de crise generalizada. As crises generalizadas (as tónicas-clónicas, mioclónicas, atónicas e as ausências) fazem-se acompanhar de perturbação da consciência. As crises focais simples (consciência mantida) pela sua semiologia podem ser difíceis de diagnosticar clinicamente e tem implícita uma lesão estrutural localizada no córtex cerebral comprovada ou não pela ressonância magnética encefálica (Pimentel, 2013).

Manifestam-se quase sempre na idade adulta, são mais frequentes, de difícil controlo terapêutico e regra geral reportam-se aos lobos temporais, frontais ou estruturas corticais vizinhas. Manifestam-se por diversos tipos de automatismos (Pimentel, 2013).

Quanto à etiologia e de acordo com a ILAE as epilepsias são agrupadas em genéticas, estruturais/metabólicas e desconhecidas.

Como qualquer outra patologia do sistema nervoso a história clínica é fundamental para o correto diagnóstico, através da observação geral, do exame neurológico, do recurso à imagiologia, do EEG e de uma avaliação neuropsicologia em caso de suspeita de epilepsia Habib, (2000).

Quanto ao prognóstico da epilepsia 60% dos doentes com epilepsia diagnosticada ficam controlados após administração correta da medicação em regime de monoterapia ficando os restantes a necessitar de politerapia. No entanto cerca de 25%

são refratárias ao tratamento farmacológico o que significa que para esses casos a cirurgia deverá ser considerada. A cirurgia da epilepsia é uma hipótese terapêutica a que se recorre cada vez mais graças aos bons resultados (Pimentel, 2013).

Plasticidade Neuronal

Os estudos feitos nos últimos anos na área da neurologia e da reabilitação neuropsicológica têm tido um desenvolvimento notável em variadas áreas de intervenção. Uma das áreas onde se tem registado avanços de maior relevo é o do estudo dos mecanismos responsáveis pela recuperação e reabilitação funcional do cérebro na sequência de uma lesão. Sabemos que os neurónios do cérebro adulto não se reproduzem; isso acontece só no desenvolvimento embrionário, e certamente nos primeiros meses de vida. Assim, a lesão do corpo da célula pode considerar-se irreversível (Castro-Caldas, 1983).

No entanto apesar de não ser possível a sua regeneração, os neurónios possuem a capacidade de realizar trocas funcionais, designada de plasticidade neuronal.

“Esta função traduz-se pela possibilidade da célula nervosa assumir funções compensatórias em situações, por exemplo, da perda de outros neurónios com atividade muito especializada, através da criação de mais prolongamentos celulares e do estabelecimento de novas conexões sinápticas.” (Almeida, 2010).

Estas funções compensatórias são fundamentais quando existem funcionalidades cerebrais que se perdem, pois vão permitir a sua recuperação através da reabilitação terapêutica. A plasticidade neuronal pode acontecer de diferentes formas, como a recuperação das sinapses através do alargamento sináptico que ocorre por meio de substâncias neuro ativas; do aumento de sensibilidade pós sináptica; através da recuperação de ramificações de dendrites ou axónios criando novas sinapses numa zona

com lesões; e da regeneração paralela em que o neurónio atrai ramificações de outros neurónios da sua zona de contato (Castro-Caldas, 1983).

Método

Participantes

Este estágio na Unidade de Neuropsicologia do CHPL foi desenvolvido com base na observação, avaliação e intervenção clínica em casos que chegavam à Unidade através do médico de família, ou do médico da especialidade, Neurologista ou Psiquiatra.

Deste modo foi possível observar o trabalho desenvolvido pelos profissionais da área e também por outros colegas em final de estágio o que permitiram aplicar teorias e matérias aprendidas e testar as competências adquiridas.

Neste estágio contactei diretamente com 98 pacientes de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, com diagnósticos variados.

Os pacientes chegam ao CHPL através de pedido do médico de Medicina Familiar, Neurologista ou Psiquiatra.

Também são avaliados pacientes que estão em regime de internamento no próprio hospital por ordem do Tribunal (Unidade Forense) ou por patologias mentais graves.

Desses 98 pacientes foram feitas 42 primeiras avaliações e 9 reavaliações. Foram acompanhados ao longo deste período de estágio 44 pacientes em regime semanal e quinzenal.

Dos 98 pacientes observados foram selecionados para o Relatório de Estágio dois casos clínicos, um por acidente vascular cerebral e outro por meningoencefalite herpética.

No que concerne ao tipo de patologias neurológicas e psiquiátricas que foram acompanhados no âmbito deste estágio podemos referir diagnóstico de alterações cognitivas e demência, pacientes acometidos por AVC, aneurisma, esclerose tuberosa,

por *deficit* cognitivo, com traumatismo crânio-encefálico, pacientes com epilepsia e pacientes com patologia psiquiátrica com sintomatologia depressiva, esquizofrenia e bipolar.

As sessões de avaliação neuropsicológica tiveram a duração de 60 minutos aproximadamente e as de reabilitação em contexto de REHACOM a duração de 30 minutos.

Apoiado pela confidencialidade, conforme refere o código deontológico dos psicólogos portugueses (nº 7.6 - Anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos - Diário da República, 2011) serão utilizados nomes fictícios neste relatório com vista a proteger a identidade e a confidencialidade dos participantes citados anteriormente.

Procedimento

Conforme mencionado nos objetivos do estágio, o processo de intervenção psicológica utilizado estruturou-se a partir da observação clínica; anamnese, entrevista psicológica; aplicação de uma bateria de provas psicológicas e sessões individuais de aconselhamento e estimulação cognitiva realizadas semanalmente e alternadamente.

Na aplicação das provas foi tido sempre em atenção a seleção, e a escolha das mesmas atendendo a cada situação apresentada pelo paciente na sessão.

Todos os instrumentos mencionados fazem parte de todo o processo de intervenção psicológica, realizado para os dois casos clínicos indicados.

Neste estágio foi estabelecido um horário para a realização das consultas, avaliações e estimulação cognitiva no ReHacom (quarta-feira das 08H30 às 12H30 e quinta-feira das 08H30 às 17H00).

O estágio teve início a 1 de Outubro de 2015 na Unidade de Neuropsicologia do CHPL, após uma reunião com o Coordenador da Unidade para dar a conhecer o funcionamento interno da Unidade.

Foi dada a informação sobre o procedimento de aplicação dos testes e a que tipo de pacientes. Foram dadas também algumas estratégias de aplicação e explicação das provas para que o resultado do paciente fosse sempre o mais fiável possível.

No início do estágio foi feita uma relação dos processos dos pacientes de forma a dar continuidade nas sessões seguintes, das avaliações e reavaliações dos relatórios já elaborados e todo o tipo de técnicas usadas na Unidade para cada caso, tanto no que respeita a avaliação como na reabilitação de cada paciente.

No que respeita ao *software* ReaHcom foi feita uma introdução ao funcionamento do mesmo mediante as várias funções cognitivas a trabalhar.

Instrumentos

Observação Clínica

A observação clínica privilegia a dimensão da experiência do ser humano. Essa observação não tem só a ver com o interior desse Ser mas também o observa à sua socialidade, às suas interações, às suas relações com os seus pares.

Este tipo de observação vem das origens, do modelo clínico e das práticas clínicas em que o médico junto do leito do doente que pedia ajuda, ao seu especialista, à pessoa qualificada.

Só o médico conseguia ler os sinais que o doente lhe enviava de modo a que lhe fosse possível elaborar um diagnóstico, prescrever um tratamento e acompanhar a evolução da situação.

O interesse da observação clínica reside antes de mais na ajuda que pode trazer ao trabalho clínico representando um percurso holístico à complexidade das dimensões subjetivas do indivíduo.

Entrevista Clínica

A entrevista clínica, faz parte do método clínico, e tem como objetivo a recolha de dados do indivíduo para seu estudo, clarificando o seu quadro clínico e identificando os possíveis fatores que tenham contribuído ou sido responsáveis pelo desenvolvimento da patologia. É uma forma de interação entre duas pessoas e pode ter como objetivo a colheita de dados, aconselhamento, ou até a resolução de problemas (Leal, 1999).

É importante que o técnico que entrevista recolha os dados de modo a formular uma hipótese de diagnóstico mas o mais importante é o estabelecimento de uma boa relação terapêutica com o paciente (Gonçalves, 1999).

A história clínica que se obtém da entrevista fornece uma grande parte da informação necessária ao diagnóstico. Nela surgem as queixas, os motivos da consulta,

a história familiar e outras se houver e citando Osler, (1904) “Oíça o doente, ele está-lhe a dizer o diagnóstico”.

Para Allen *et al.* (1999) a entrevista clínica diz respeito a dois aspetos fundamentais da história do doente, o biológico e o psicossocial. Ouvir com atenção e entrevistar com sabedoria, perícia e acima de tudo com empatia resultam por certo de uma relação psicólogo-paciente mais eficaz. E tanto o diagnóstico como o tratamento começam com a entrevista.

Também Leal (1999) diz que entrevista clínica corresponde a um elemento influente de avaliação psicológica, que permite criar uma relação social, visto que através dela pretende-se conhecer melhor um indivíduo, um tema ou um assunto, incidindo desta forma na ajuda psicológica, na avaliação psicológica ou na investigação clínica.

Testes Psicológicos

Os testes psicológicos são uma componente importante dentro da avaliação neuropsicológica em que são avaliadas áreas cognitivas, emocionais e executivas do indivíduo.

Para verificar as diversas áreas e domínios cognitivos foi utilizado um protocolo próprio de avaliação, o MD01-R (Teste do Relógio, Séries Gráficas de Lúria, Tarefas de Fluência Verbal, Teste Auditivo, Prova de Dígitos, Tarefa de Memorização e Evocação, Memória Imediata -span de dígitos sentido direto e inverso) elaborado na Unidade de Neuropsicologia do CHPL, assim como a aplicação de outros testes que permitiram a avaliação dos diferentes domínios cognitivos.

Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica - ISN

Este instrumento segue um padrão de entrevista de recolha de dados importantes de modo a fornecer um maior número de informação acerca da história pessoal, clínico e familiar do paciente.

Este instrumento de apoio foi criado pelo Coordenador da Unidade de Neuropsicologia.

Protocolo de Avaliação Interna – MD01-R

É uma compilação de várias provas neuropsicológicas utilizadas na avaliação do paciente, tais como, Kettler Laurent Thirreau (KLT) que avalia a atenção sustentada; uma sequência de 15 perguntas que permite avaliar a orientação auto-psíquica, temporal e espacial do paciente, 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 permite a avaliação da compreensão áudio verbal para ordens simples; o Token Test, que avalia a compreensão áudio-verbal para ordens complexas. A Nomeação, onde

são apresentados 8 objetos para o paciente nomear; Repetição, onde é que sejam repetidas 9 palavras selecionadas; prova de Linguagem Escrita, onde é pedido a leitura de uma frase fixa que se encontra escrita num papel e que de seguida é dada a ordem de proceder ao que está escrito no papel; a prova de Escrita de uma frase sintaticamente coerente; prova de avaliação das áreas pré-frontais, constituído pelas Séries de Lúria; prova da avaliação Crítica a Situações Absurdas; prova para a avaliação de Práxias e Gnosias.

No instrumento MD01-Revisto, são apresentadas provas mais extensas permitindo uma avaliação mais aprofundada; como a Prova do relógio (Clock Drawing Test), avalia a capacidade de organização visuo-grafoespacial; a Prova de Dígitos, que avalia a atenção áudio-verbal através da repetição verbal da ordem direta e indireta; a avaliação de Praxias visuo-construtivas; das Praxias Buco-Linguo-Faciais, Ideomotora e Ideativa; Autopognosia; Gnosia para Cores; Gnosias Somestésicas (Estereognosia, Grafestesia, Digitognosia e Transfer); Provas de Cálculo, a Identificação de algarismos e operações numéricas, a noção de quantidade, e de cálculo.

Kettler Laurent Thirreau (KLT)

Esta prova tem como objetivo avaliar a atenção sustentada e faz parte do Screening neuropsicológico da unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Esta escala reúne testes de natureza manipulativa, que se encontram distribuídos por dois tipos de provas: provas gerais e complementares. Fazem parte das provas gerais os subtestes: Percepção visual e capacidade de concentração, Cubos de Kohs, Teste de frases absurdas e Teste de conhecimentos. Aplicável a partir dos 18 anos

É colocada ao paciente uma folha do tipo A4 composta por 12 linhas com 20 quadrados cada uma, estes quadrados são diferentes entre eles devido a um traço exterior que lhe dá uma orientação, podendo estar direcionado para uma das oito

direções da rosa-dos-ventos, existindo em cada uma delas, cinco quadrados de cada tipo.

É pedido ao paciente, que risque o maior número possível de quadrados iguais aos três que se encontram apresentados na parte superior da folha de prova (modelos), sempre linha a linha, da esquerda para a direita, apresentando um tempo limite de quatro minutos.

Finalizado ou não esse tempo é contabilizado o número de quadrados assinalados corretamente (C), o número de quadrados omitidos (O) e o número de quadrados assinalados incorretamente (E).

A cotação total é igual a $C - (E+O) / 90 \times 100$, avaliando o índice de dispersão através da subtração do valor do rácio a 100%.

Escala Clínica da Memória de Weschler,

Esta prova destina-se a avaliar a capacidade mnésica, aplicando-se individualmente e a partir dos 20 anos.

É composta por 7 itens que avaliam várias dimensões como, informação geral, orientação imediata, controlo mental, memória lógica, memória de dígitos, memória visual e memória associativa

A memória verbal com interferência, em que são lidas ao sujeito 5 palavras não relacionadas (Gato/Bola/Maçã/Blusa/Cravo), realizando-se de seguida uma tarefa de interferência (contar de 20 até 0), por cada palavra certa são atribuídos 3 pontos, tendo esta prova um total de 15 pontos.

Este contempla a hipótese de facultar uma pista aos pacientes de modo a que estes consigam lembrar-se da palavra no entanto quando isso acontece será retirado 1 ponto no caso de dar uma primeira pista, ou 2 pontos, caso se tenha de recorrer à

segunda ajuda será apenas atribuído 1 ponto. Se mesmo assim o paciente não se conseguir recordar serão cotados a 0 pontos a sua prestação

Na prova de memória associativa, são lidas uma lista de pares de palavras, seis pares considerados fáceis porque existe uma associação entre as palavras (Metal-Ferro), e 4 pares consideradas difíceis de associar (Escola-Mercearia). A cotação será distribuída por um total máximo correspondente a 21 pontos (Fáceis/2+Difíceis).

Este instrumento além de avaliar a memória associativa, também avalia a existência ou não do efeito de aprendizagem.

Em relação à avaliação da memória visual será pedido ao paciente que observe uma determinada figura composta por alguns elementos e pormenores e explicamos que depois de registada pelo paciente será retirada do seu espaço visual e que terá de desenhá-la através da memória que lhe foi possível reter. A cotação máxima desta prova é de 5 pontos.

Três Papéis de Pierre Marie

Esta prova tem como objetivo avaliar a compreensão de ordens verbais associada à linguagem. A não execução da prova, muitas vezes, pode não estar relacionada ao fato de o paciente não compreender as ordens verbais, mas sim ao fato de tais tarefas serem desprovidas de sentido para o paciente.

Nesta prova são colocados em frente do paciente três papéis com diferentes dimensões, um pequeno, um médio e um grande. É pedido ao paciente que ponha em primeiro lugar o papel de maior dimensão de lado, de seguida é pedida que dê o médio ao técnico, e por último que o paciente guarde para si o pequeno. Cada ordem tem a cotação de 1 ponto, sendo o total da prova corresponde a 3 pontos

Séries de Lúria

As Séries de Lúria foram descritas inicialmente pelo próprio Lúria como provas gráficas de avaliação dos processos motores, as séries de Lúria representam uma tarefa muito simples mas no entanto com uma enorme sensibilidade para as alterações pré-frontais.

Nesta prova é pedido ao paciente que copie e mantenha a sequência dos padrões de desenhos simples do modelo em sequências repetitivas. É pedido que continue até ao fim da linha sem que movimente a folha, caso a sequência esteja correta e sem interferências é dado 1 ponto, caso apresente alguma falha é dado 0 pontos.

Mini Mental State Examination

Este teste está repartido em seis grupos que reportam para diversas dimensões que podem estar relacionados com a orientação ou ao contrário com o deterioro cognitivo do sujeito.

Cada um dos seis grupos de questões está respetivamente relacionado com os itens de orientação, repetição (de palavras), atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada questão apresenta-se por um enunciado que provoca uma resposta que se considera correta ou incorreta (Maia, 2009).

É um teste simples de aplicação muito usado na avaliação de demências no entanto não poderá ser referencia para a elaboração de um diagnóstico, poderá ser a base deste, não dispensando o exame neuropsicológico para a obtenção do mesmo.

A cotação máxima é de 30 pontos e os resultados obtidos por vezes poderão ser enviesados por fatores como a idade e a escolaridade do individuo.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão de Beck – BDI

Este Inventário é aplicado através de um questionário de auto-relato, com 21 itens de escolha múltipla, podendo ser aplicado a indivíduos a partir dos 13 anos de idade. É um dos mais utilizados e validados para a população mundial como medida de auto-avaliação na depressão tanto em investigação como na prática clínica.

Tem como objetivo avaliar os níveis de sintomatologia depressiva, uma vez que a depressão e, de uma forma mais global os distúrbios do humor, se apresentaram em grande comorbilidade com diversas patologias neurológicas (Vaz Serra 1994).

A escala consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade pode variar entre 0 e 3 pontos.

O procedimento utilizado na sua aplicação consiste no seguinte:

1. São lidos todos os campos do Inventário para depois se dar início ao seu preenchimento.
2. Após a leitura das perguntas, o paciente deverá assinalar com uma cruz (X) a resposta que lhe parecer a mais indicada no espaço correspondente.
3. Depois de responder às 21 perguntas, será feita a cotação.

A cotação deste instrumento de avaliação é obtida através da soma decorrente das afirmações assinaladas (atribuindo zero à primeira afirmação e por ordem crescente, 3 nas últimas afirmações). O total máximo possível para o inventário corresponde aos 63 pontos e a pontuação mínima é de zero pontos. São consideradas apenas as questões com a cotação mais elevada no caso de terem sido assinaladas mais do que uma afirmação num dado agrupamento.

A intensidade depressiva é então aferida mediante o resultado total e final do Inventário, em que o ponto de corte recomendado deve estar situado de 0 a 9 ausência

de depressão, de 10 a 18 depressão leve a moderada, de 19 a 29 depressão moderada a grave, de 30 a 63 depressão grave.

SCL-90-R

O SCL-90-R Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1977) é um instrumento multidimensional, construído para avaliar a psicopatologia e o mal-estar psicológico. É formada por 90 itens, avaliados numa escala tipo de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar, variando entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Muitíssimas vezes”). O SCL-90-R é cotado e interpretado através de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais.

As nove dimensões primárias são: Somatização, Obsessões Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo.

Na Somatização identificamos 12 itens, em Obsessões Compulsões 10 itens, Sensibilidade Interpessoal 9 itens, Depressão 13 itens, Ansiedade 10 itens, Hostilidade 6 itens, Ansiedade Fóbica 7 itens, Ideação Paranóide 6 itens e Psicoticismo 10 itens.

O procedimento utilizado na sua aplicação é o seguinte:

1. São lidos todos os campos do teste para que o paciente entenda o que é pedido e só depois se dá início ao seu preenchimento.

2. Após a leitura das perguntas, o paciente deverá assinalar com uma cruz (X) a resposta que lhe parecer a mais indicada no espaço correspondente.

3. Após responder às 90 perguntas, procede-se à sua cotação.

Cada dimensão primária é reunida numa coluna onde são introduzidos os itens correspondentes a essa dimensão, colocando-se o valor à frente, numa escala de 5 pontos. São somados os valores de cada item e divididos pelo valor que está inserido no final de cada coluna, isto é, de cada uma das 9 dimensões primárias.

A SCL-90-R tem sido usada no estudo das mais variadas perturbações psiquiátricas, com objetivos de seleção no contexto clínico, ou como medida para a avaliação dos resultados do tratamento, devido à sua sensibilidade aos diferentes tipos de intervenção terapêutica e à sua capacidade de medir variações significativas nos níveis de mal-estar psicológico e psicopatológico (Batista, (1993)

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Baptista (1993), tendo o estudo psicométrico realizado permitido obter valores elevados de consistência interna, com valores de Alpha de Cronbach, que variaram entre 0.74 e 0.97, e de estabilidade teste-reteste, em todas as sub-escalas do instrumento.

Estudo de Caso

A escolha destes casos em particular deveu-se ao seu quadro clínico e suas características, quer ao nível do funcionamento físico e emocional mas também numa perspetiva de os ligar à abordagem cognitiva comportamental no sentido de devolver e estratégias compensadoras no contexto de vida minimizando os sinais de instabilidade inerentes a cada patologia.

No Caso 1, o percurso foi realizado através da avaliação psicológica e do acompanhamento envolvendo o psicólogo numa dinâmica que se situava entre a reabilitação cognitiva e a reabilitação emocional deste paciente.

No segundo Caso, a exigência requerida deveu-se às características que o mesmo implicava, mas também pela envolvimento da família ao longo de todo o processo.

Tanto no Caso 1 como no 2 os pacientes foram informados da abordagem terapêutica utilizada, que estaria limitada no tempo através de um procedimento gradual, em que o objetivo era começar por identificar pensamentos complexos e estabelecendo depois um plano terapêutico com o estabelecimento de objetivos.

Conclusão

O estágio académico e o relatório fazem a ligação entre o meio académico e a realidade profissional, necessitando de objetivos específicos a serem cumpridos durante o período previsto para a sua realização

O estágio realizado no CHPL, na Unidade de Neuropsicologia, teve a duração de dez meses, e tinha como objetivos propostos a realização de situações que envolvessem o quotidiano da instituição, tais como o contacto com os pacientes, participação nas atividades requeridas (marcação de consultas, verificação de processos, atualização de fichas de protocolo) e interação com os outros membros do serviço; exercício de funções de psicólogo clínico no contexto em que estivesse inserido; e a elaboração de dois casos clínicos que abordassem não só a visão da Psicologia, mas também da Neuropsicologia, no sentido de serem aplicadas as componentes de avaliação, compreensão, diagnóstico, de prognóstico e de proposta terapêutica, elaboração de relatórios, acompanhamento de casos e aplicação de metodologias de intervenção. Foi possível desta forma aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo dos quatro anos anteriores na prática clínica.

Durante o período de estágio, houve a hipótese de intervir junto de dois casos clínicos, dando início a um processo terapêutico, tendo como base uma estrutura que integra entrevista clínica e anamnese, aplicação de provas psicológicas e início de intervenção psicológica apoiada na terapia cognitiva comportamental.

Encontrei neste estágio um local de aprendizagem e reflexão acerca da prática clínica, uma oportunidade de estudo, investigação e de intervenção permitindo-me o contacto diário com uma diversidade de patologias e heterogeneidade de utentes. E para além da parte teórica foi evidente na componente prática do estágio a transmissão de cuidado para com o paciente.

Reflexões Finais

Este relatório de estágio académico no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, na Unidade de Neuropsicologia teve como objetivo expor e dar a conhecer a realidade do psicólogo clínico em ambiente hospitalar.

Desde o início da licenciatura que era uma área de intervenção que me interessava conhecer mais de perto. Esse interesse tornou-se realidade e surgiu a oportunidade de entender o funcionamento da profissão mais de perto nas suas múltiplas facetas, num ambiente caracterizado pela responsabilidade, empenho e acima de tudo de dedicação ao outro.

Pela essência da instituição, pelo seu interior, pela hipótese e a possibilidade de experienciar, observar, de estar com o paciente junto dos seus problemas, das suas dúvidas das suas esperanças foi por certo um período enriquecedor conciliando as aprendizagens, aprofundando o estudo destes anos a contactar apenas com a teoria.

Tentei integrar-me de acordo com as rotinas da Instituição cumprindo horários e regras de funcionamento. Mas acima de tudo tentei dar sempre o meu melhor em todas as tarefas que desempenhei.

Muitas dúvidas de como faço, será que é isto que se pretende, como vou lidar com este tipo de pacientes, será que estou à altura. Foram muitas questões que de início preenchiam os meus pensamentos mas que foram com o tempo tornando-se subtis, experientes e confiantes.

Com este final de ciclo sinto que estou mais confiante, que as matérias ficaram mais consolidadas, parecendo que estavam a aguardar para serem colocadas nos sítios certos.

Sem dúvida que este estágio me tornou mais segura e confiante do meu trabalho e da minha função em psicologia clínica no futuro, adquirindo competências e

ferramentas básicas para seguir o meu percurso. Isto só foi possível devido a toda a equipa que me recebeu mas também aos pacientes que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, mas acima de tudo humano.

No decorrer deste estágio houve sempre a preocupação que a componente humana estivesse sempre presente, sendo o objetivo principal o seu bem-estar. E esse bem-estar tinha de ter início logo que o paciente entrasse na sala de espera do Pavilhão 17. É assim na Unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Outras Atividades Desenvolvidas

Apresentação de uma comunicação, em formato A0-Poster, com o título “Intervenção psicológica em contexto hospitalar” no VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que se realizou na Universidade Lusíada de Lisboa a 13 e 14 Abril de 2016 (Apêndice 1).

Participação no II Congresso de Neuropsicologia Português que se realizou dias 16, 17 e 18 de Outubro de 2015

Participação no 3º Congresso Nacional de Psicogerontologia que se realizou a 24 de Fevereiro de 2016.

Participação no Encontro de Estágios em Junho de 2016 para uma palestra informal sobre os locais de estágio.

Referências

- Aikens, E. (1999). Prevalence of somatic indicators of distress in diabetes patients: Comparison to psychiatric patients and community non patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 265-272.
- Alcheieri, J. (1999). Dilemas do Psicotécnico: Exame psicotécnico ou avaliação psicológica. *Congresso Nacional de Avaliação Psicológica*. Porto Alegre.
- Alchieri, J. C. (2015). Aspectos instrumentais e metodológicos da avaliação psicológica. Em F. H. Santos, V. M. Andrade, & O. F. Bueno, *Neuropsicologia Hoje* (2ª ed.). Lisboa: Artmed.
- Allen, J., Enellow, M., Forde, D. L., & Brummel-Smith, M. K. (1999). *Entrevista clínica e cuidados ao paciente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, L. (2010). *Introdução à Neurociência – Arquitectura, Função, Interações e Doença no Sistema Nervoso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alves, M., & Duarte, E. (2010). Relação entre a imagem corporal e a deficiência física.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, V., Santos, F., & Bueno, O. (2004). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas.
- Angerami, V. (1996). Pioneirismo e as Pioneiras. Em V. Angerami, H. Chiattonne, & E. Nicolett, *O Doente a Psicologia e o Hospital*. São Paulo: Edições Pioneira.
- Aranguren, J. (1990). *Ética*. Madrid: Alianza Universidad Textos.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. (2000). *Depressão: Muitas Perguntas, algumas respostas*. Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

Aybeck, S., Carota, A., Ghika-Schmid, F., Barney, A., Melle, G. V., Guex, P., & Bogousslavsky, J. (2005). Emotional behavior in acute stroke. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 37-44.

Barbosa, A. M., Duarte, N., & Meneses, C. (2011). Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral. Estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. *Acta Med Port*, 24(S2), pp. 175-180.

Bartolomé, P., & Ardila, A. (2009). *Síndromes neuropsicológicas*. Salamanca: Amaru Ediciones.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Gary, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A., & Ardila. (2000). *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

Ben-Yishay, Y. (1983). Cognitive remediation viewed from the perspective of a systematic clinical research program in rehabilitation. Em Y. Ben-Yishay, *Cognitive Rehabilitation*.

Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias. Manuais Universitários*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Boemer, M. (2011). A Fenomenologia do Cuidar - uma perspectiva de enfermagem. Em A. J. Peixoto, & A. Holanda (Edits.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar* (pp. 61-66). São Paulo: Juruá Editora.
- Boff, L. (2023). *Saber cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica – Procura de uma identidade. *Psilogs - Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, pp. 63-68.
- Broca, P. (2008). A História da Psicologia. Em D. Fittipaldi, E. Hothersall, & E. Pepe, A *História da Psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Buddeberg, B., Bernet, R., Schmid, J., & Buddeberg, C. (1997). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, pp. 319-326.
- Campos, T. (1995). *Psicologia Hospitalar: a actuação em Hospitais* (2ª ed.). São Paulo: EPU.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Em K. Doka (Ed.), *Living with life-threatening illness: a guide for patients, their families e caregivers*. New York: Macmillan.
- Caplan, L. R. (2009). *Caplan's stroke: a clinical approach* (4ª ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Castro, S. (2006). Epidemiology of traumatic brain injury in Portugal: 2000-2004 [Abstract]. *Proceedings of the International Symposium on Neuropsychology and Rehabilitation* (p. 28). Vila Nova de Gaia: CRPG.

- Castro-Caldas, A. (1983). A recuperação funcional do cérebro lesado. *Acta Médica Portuguesa*, 4, pp. 449-453.
- Ceccarelli, P. R. (2002). Psicologia Hospitalar: aspectos legais, éticos e políticos. *Revista de Psicologia Plural*, 17, pp. 71-78.
- Ciccione, A. (2000). *Observação clínica* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Correia, T. D. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. Lisboa: Lidel.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos Mentais*. (2ª ed.). Lisboa: Artmed.
- Damásio, A. (2003). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Derogatis, L. R. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the R(evised) version*. Johns Hopkins, Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Dutra, E. (agosto de 2011). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade . *Estudos Psicológicos*, 9 (2). Natal. Obtido em janeiro de 2016, de http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-294x2004000200021.
- East, P. (1995). *Counselling in medical settings*. Buckingham: Open University Press.
- Ebbinghaus, H. (2006). Em D. Hothersal, *História da Psicologia* (1-4ª ed.). McGrawHill.

Esteves, A. (1994). Antiepilépticos. Em J. Garret, W. Osswald, & S. Guimarães (Edits.), *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas* (3ª ed., Vol. 1, pp. 250-262). Porto: Porto Editora.

Fernandes, M. (2011). Do Cuidado à Fenomenologia do Cuidar. Em A. Peixoto, & A. Holanda (Edits.), *Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar* (pp. 17-32). São Paulo: Juruá Editora.

Ferro, J. (Março de 2003). Cardioembolic stroke: na update. *Lancet Neurology*, 2(3), pp. 177-178. Obtido em 12 de Jan. de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442203003247>

Ferro, J. (2004). Patterns of ischaemic cerebral disease. *Journal of Neurology*, 251, 1-10. Obtido em 1 de Jun de 2016, de <http://download.springer.com/static/pdf/143/art%253A10.1007%252Fs00415-004-0280-z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2F00415-004-0280-z&token2=exp=1470994061~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F143%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00415-004-0280>

Ferro, J., & Pimentel, J. (2013). *Neurologia Fundamental. Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.

Figueiredo, L. C., & Santi, P. L. (2004). *Psicologia , uma nova introdução: Uma visão histórica da Psicologia como ciência*. (3ª ed.). São Paulo: Educação.

Foucault, M. (1987). O Nascimento da Clínica. *Forense Universitária*.

Foucault, M. (1991). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectivas.

- Fox, R. E. (Mar. de 1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49(3), pp. 200-206. Obtido em 15 de Jan. de 2016, de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1994-31296-001>
- Garfield, S. L. (1965). Historical Introduction . Em B. B. (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2ª ed.). Barcelona, São Paulo: Masson.
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução à Psicoterapia Comportamental*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Guerra, P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, C. (1996). *Aspetos gerais da epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Haase, V., & Lacerda, S. (2003). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 1, 28-42.
- Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heilman, K., & Valenstein, E. (1979). Introduction. Em K. Heilman, & E. Valenstein (Edits.), *Clinical neuropsychology* (pp. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Hospital Júlio de Matos. (1949). *Estabelecimento de assistência a doentes nervosos e mentais*. Lisboa: Tipografia Severo Freitas.

- Hothersall, D. (2006). *História da psicologia*. (E. Pepe, & E. Fittipaldi, Trans.) São Paulo: McGraw-Hill.
- Ismael, S., & Santos, J. (2013). *Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento ... Articulando Conceitos com a Prática Clínica*. São Paulo: Atheneu.
- Lazzaretti, C.T., et al. (2007). *Manual de Psicologia Hospitalar*. Curitiba: Unificado.
- Leal, G., Fonseca, J., & Farrajota, L. (2002). Recuperação e reabilitação da afasia. *Psicologia, 16(1)*, pp. 157-175. Obtido em 11 de Fev. de 2016, de <http://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/473>
- Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Aplicadas.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (1ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Leitão, L. S. (2005). Neuropsicologia. *Instituto de Neuropsicologia Aplicada*. Obtido em novembro de 2015, de http://inap.org.br/inap/?page_id=525
- Lezak, M. H. (2004). *Neuropsychology Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Li Li Min. (Out. de 2010). Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral: da Universidade para a Sociedade. *Boletim da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, 6(4)*. Obtido em 24 de Fev. de 2016, de http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletins/pdfs/Boletim_outubro1.pdf

- Lima, H. L. (Dezembro de 2001). *A epilepsia e a qualidade de vida: Estudo da atividade física relacionada à saúde em adolescentes portadores de epilepsia, deambos os sexos, na regiões do grande Recife*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação. Obtido em 20 de Dez. de 2015, de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9789/3/4045_TM_01_P.pdf
- Luria, A. (1891). *Fundamentos de Neuropsicologia*. São Paulo: EDUSP.
- MacKay, D. (1975). Clinical psychology: theory and therapy. Em P. Herriot (Ed.), *Essential psychology*. London: Ed. Methuen & C° Ltd.
- Mader, J. (2005). Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(3).
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e intervenção Neuropsicológica. Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa: Lidel.
- Maia, L., Gaspar, C., Azevedo, M., Loureiro, M., & Silva, C. (Abril-Junho de 2004). Reabilitação cognitiva assistida por computador. O programa rehacom e a sua utilização no GEARNeurop. *Psiquiatria Clínica*, 25(2), pp. 83-105.
- Mello, C. M. (2006). *Neuropsicologia do Desenvolvimento: Conceitos e Abordagens*. São Paulo: Edições Científicas.
- Muñoz-Céspedes, J. (1996). Rehabilitación neuropsicológica: un enfoque centrado en las actividades de la vida diária. Em Fundación Mapfre Medicina (Ed.), *Dano cerebral traumático y calidad de vida*. Madrid: Mapfre.
- Oliveira, R. (2005). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física – Uma Abordagem Psicoterapêutica da Incapacidade Adquirida*. Lisboa, Lisboa: ISPA.

- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde Mental. (2001). *Nova Compreensão, Nova esperança: Relatório Mundial de Saúde 2001*. Lisboa: Edição do Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.
- Osler, W. (1904.). The Master-Word in Medicine. Em *Aequanimitas, with other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*. Filadélfia: Blakiston.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, J., & Bentes, C. (2013). Epilepsia. Em J. Pimentel (Ed.), *Neurologia fundamental Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Depressão Revista Brasileira Psiquiátrica*, 21.
- Portugal. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (2015a). *História*. Obtido em 15 de dez. de 2015, de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa:
http://www.chpl.pt/artigos/chpl/breve-historia_pt_211
- Portugal. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (2015b). *Tílias COOP*. Obtido em 15 de Dez. de 2015, de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa:
http://www.chpl.pt/artigos/parcerias/internas/tilias-coop_pt_80
- Portugal. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (2015c). *P31*. Obtido em 15 de dez. de 2015, de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa:
http://www.chpl.pt/artigos/arte-cultura/p31_pt_66

- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: OMS.
- Regulamento n.º 258/2011. (20 de Abril de 2011). *Diário da República*, 78, pp. 17931-17936.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica e da Saúde. *Análise Psicológica*, 4, pp. 589-599.
- Ricou, M. (2004). Ética em Cuidados de Saúde. Em D. Serrão, & R. Nunes, *Ética e Saúde Mental* (pp. 61-80). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, C. M. (2013). Reabilitação neurológica: enquadramento histórico, abordagens metodológicas e técnicas de reabilitação neuropsicológica. *Psicologia*.
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, pp. 12-19.
- Sacks, W. O. (1997). *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Salto, M. (2007). O Psicólogo no Contexto Hospitalar: uma visão de psicodrama. *Psicologia*, 5(39), pp. 12-15.
- Santos, M. E. (2002). Traumatismos crânio-encefálicos: Características e evolução. *Psicologia*, 16, pp. 97-122.
- Schultz, D., & Schultz, S. (1994). O Estudo da História da Psicologia. Em *História da Psicologia Moderna* (A. U. Gonçalves, & M. S. Sobral, Trads., 6.^a ed.). São Paulo: Cultrix.
- Silva, A. (2007). *O essencial da saúde - AVC* (Vol. 10). Porto: Quidnovi.

- Sohlberg, M., & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation – an integrative neuropsychological approach*. New York: Guildford Press.
- Souza, E. A. (Mar. de 1999). Qualidade e vida na epilepsia infantil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(1). Obtido em 10 de jan. de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000100007
- Teixeira, C. (2005). *Psicopatologia Geral*. Lisboa: ISPA.
- Vaz Serra, A. (1994). Neuropsicológica. Estudos de Casos e Instrumentos. Em A. Vaz Serra (Ed.), *IACLIDE. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiátrica clínica.
- Vieira, C., Fay, E. d., & Silva, L. N. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*, 26, pp. 181-195.
- Werner, J., Espirito Santo, K., & Borba, A. (1993). *Desenvolvimento e aprendizagem*. Rio de Janeiro.
- Widlocher, D. (2001). *As Lógicas da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wittig, A. (1981). Psicologia: definição e história. Em *Psicologia geral* (A. B. Simões, Trad.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Wolman, B. B. (1965). *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

