

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

**COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO,
INTERVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

RENATA SANTOS LEITE

COVILHÃ

2008

Dissertação realizada sob orientação do Professor Doutor Luis Maia apresentada na Universidade da Beira Interior, para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o número R/B – CR – 342 /2007.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos anos de licenciatura e de formação académica extra-curricular cruzei-me e conheci várias pessoas que, de certa forma, contribuíram para que o presente ano académico (2007/2008) constituísse num culminar dos períodos mais enriquecedores do meu percurso académico.

Assim, gostaria de começar por agradecer ao meu orientador de estágio Professor Doutor Luis Maia que, em termos de experiência e riqueza de conhecimento, não teria sido possível sem a sua determinação, perseverança e rigor científico que tanto o caracteriza. Aqui deixo o meu profundo agradecimento à pessoa que mais contribuiu para a aquisição de uma magnitude de conhecimentos únicos bem como, a preciosos momentos de reflexão e aprendizagem, essenciais para o meu incentivo na especialização neste campo tão nobre da Neuropsicologia.

Aos pacientes e familiares que acreditam no nosso trabalho e permitiram a divulgação dos seus dados nesta Dissertação.

Agradeço também aos meus pais e irmão por todo o apoio e confiança depositada em mim, que mesmo distantes sentía-os sempre presente e nunca deixaram de acreditar em mim.

Com grande carinho, ao André por ter estado sempre ao meu lado, a incentivar-me e apoiar-me, intensamente, a cada esforço e dificuldades vividas, mas também a felicitar-me por cada meta alcançada.

Por fim, uma palavra de agradecimento e carinho aos meus Amigos por todo o apoio e momentos partilhados ao longo destes anos bem como, a coragem e alegria transmitidas neste ano crucial.

E a todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com os seus inestimáveis apoios em distintos momentos, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigada!

RESUMO

Esta dissertação surge no âmbito curricular do ciclo de estudos conducente à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pela Universidade da Beira Interior (Covilhã) no ano lectivo 2007/2008.

Assim, com este documento pretende-se apresentar e demonstrar toda a aquisição feita ao longo da formação académica, nomeadamente a comunicação da aprendizagem de competências adquiridas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológica. De igual modo, estas componentes tiveram a sua aplicabilidade no âmbito do Estágio Curricular 2006/2007 no Serviço de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, sob a orientação directa e no local do Professor Doutor Luis Maia.

De seguida são apresentadas as competências relacionadas com a avaliação e intervenção psicológica, desenvolvidas no Relatório de Estágio e Seminário de Intervenção que representam um contributo relevante para a área do conhecimento em que se integram a apresentação teoricamente fundamentada de casos específicos, bem como a exposição da respectiva avaliação e acompanhamento clínico de alguns dos diversos casos clínicos inerentes ao Estágio curricular. Particularmente, as competências de intervenção estão expostas primeiramente com um caso clínico que serviu de suporte ao Seminário de Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde 2006/2007 e, posteriormente, com a apresentação dos respectivos planos terapêuticos desenvolvidos de forma idiossincrática a cada utente em função da avaliação clínica realizada previamente.

De referir que as competências de investigação envolvem a delimitação do objecto de estudo, a selecção fundamentada das metodologias para a sua abordagem, a recolha de informação e bibliografia pertinente, a concepção de uma hipótese de trabalho, a implementação de um trabalho teórico e/ou empírico, e a análise crítica dos resultados obtidos. Neste sentido, apresenta-se o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do Seminário de Investigação, subordinado ao tema “Avaliação das Funções Cognitivas, do Humor e da Qualidade de Vida na Epilepsia”, sob a orientação do Professor Doutor Luis Maia. Trata-se de um trabalho de investigação de carácter exploratório e comparativo, que pretende estudar, analisar e comparar os rendimentos neuropsicológicos bem como a qualidade de vida em pacientes diagnosticados com Epilepsia e sujeitos normativos, com idades compreendidas entre os 13 e 60 anos, de diferentes níveis educacionais. Através da administração de instrumentos como as Escalas de Memória e Processos Intelectuais da versão portuguesa experimental da *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska* (Adultos), Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na Epilepsia (QOLIE-31 e QOLIE-AD-48, versão para adultos, crianças e adolescentes, respectivamente), Questionário da Qualidade de Vida em sujeitos normativos (WHOQOL-Abreviado, versão portuguesa), Mini Mental State Examination, Figura Complexa de Rey, Inventário de Avaliação Clínica da Depressão e Inventário de Depressão para Crianças.

Palavras-chave: *Competências de Avaliação, Intervenção e Investigação; Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica; Acompanhamento Psicoterapêutico.*

ABSTRACT

This thesis comes out in the curriculum dominion of the cycle of studies that conduct to the acquisition of the degree of Master in Psychology, by Beira Interior University (Covilhã) in the school year 2007/2008.

Thus, this document intends to present and demonstrate all the acquisition made a long the academic graduation, namely the communication of the learning of acquired abilities even with the research, evaluation and psychological mediation. These components were also pertinent in the Curricular Stage Training 2006/2007 in the Neuropsychology Service of Hospital Center Cova da Beira, under the direction and in locus by Professor Doctor Luis Maia.

Next they are presented the abilities related to the evaluation and psychological mediation, developed in the Training Report and Mediation Seminary that represent an important fax to the knowledge subject where the presentation of specific cases theoretically based, as well as the exposition of respective evaluation and clinical attendance of some of several clinical cases related to the Curricular Training. Particularly, the abilities of Mediation are exposed first with a clinical case that has served as support to the Mediation Seminary in Clinical Psychology and of Health 2006/2007 and, afterwards, with the presentation of respective therapeutic plans improved in a idiosyncrasy way to each patient in terms of the clinical evaluation previously achieved. In relation the Research Abilities they include the demarcation of the object of study, the based selection of methodology to its approach, the collection of data and relevant bibliography, the conception of one assumption of work, the implement of a theoretical work and/or practical, and the critical analysis of the obtained results. Thus, it is presented the work of the research, improved in the Research Seminary, dependent on the theme “Evaluation of Cognitive Functions, of Humor and of the Quality of Life in Epilepsy”, under the direction of Professor Doctor Luis Maia. It is about a work of research of exploratory and comparative feature that intends to study, analyze and compare the neuropsychological profits as well as the quality of life in patients whose diagnosis is Epilepsy and being normative subjects, between 13 and 60 years old, of different educational levels. Through the administration of tools like Scales of Memory and Intellectual Processes of the Portuguese experimental translation of the Battery of Neuropsychological Evaluation of Luria-Nebraska (Grown-up), Scale of Intelligence of Wechsler for children (WISC-III), Questionnaire of Evaluation of Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31 and QOLIE-AD-48, version for Grown-up, Children and Teenagers, respectively), Questionnaire of Quality of Life in normative subjects (WHOQOL – Abbreviated, Portuguese version), Mini Mental State Examination, Complex Figure of Rey, Inventory of Clinical Evaluation of the Depression and Inventory of Depression for Children.

Key-Words: *Skills of Evaluation, Mediation and Research; Evaluation and Neuropsychological Rehabilitation; Psychotherapeutic Attendance.*

INDICE

ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	1
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA	1
<i>Estrutura Organizacional</i>	1
<i>Serviço de Neuropsicologia</i>	2
<i>Âmbito das Consultas de Neuropsicologia</i>	3
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	4
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	6
<i>População Utente</i>	8
ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS CLÍNICOS CONTACTADOS DURANTE O ESTÁGIO	8
COMPONENTE 1 – COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO	14
<i>Fundamentação Teórica dos Casos de Intervenção, Avaliação e Observação</i>	15
ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS	16
CASO DE AVALIAÇÃO	17
CASO Nº 1	17
DETERIORO COGNITIVO E DEMÊNCIAS	22
CASO DE AVALIAÇÃO	24
CASO Nº 2	24
CASO DE AVALIAÇÃO	29
CASO Nº 3	24
CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA	31
CASO DE AVALIAÇÃO	33
CASO Nº 4	33
TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS	35
CASO DE AVALIAÇÃO	38
CASO Nº 5	38
ESCLEROSE MÚLTIPLA	40
CASO DE AVALIAÇÃO	42
CASO Nº 6	42
COMPONENTE 2– COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO: NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E DISFUNCIONALIDADE HUMANA	46
<i>Introdução</i>	47
<i>Contextualização Teórica</i>	48
HIPERTENSÃO INTRACRANIANA BENIGNA	48
<i>Manifestações Clínicas</i>	50
SELA TURCA VAZIA	51
<i>Manifestações Clínicas</i>	54
HIPERTIROIDISMO E BÓCIO	54
<i>Manifestações Clínicas</i>	57
DISTÚRBIO OBSESSIVO – COMPULSIVO	57
<i>Avaliação</i>	60
<i>Tratamento</i>	61
MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS DA PACIENTE D. P.	62
APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	62
HISTÓRIA CLÍNICA	65
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	65
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CASO DA PACIENTE D. P.	70
INTERVENÇÃO CLÍNICA	71
SESSÃO I - SESSÃO II	71
SESSÃO III - SESSÃO IV	72
SESSÃO V - SESSÃO VII	75
SESSÃO VIII – SESSÃO IX	76
SESSÃO X – SESSÃO XI	76
SESSÃO XII – SESSÃO XIII	82
SESSÃO XIV	84
SESSÃO XV	86

SESSÃO XVI – SESSÃO XVII.....	88
SESSÃO XVIII.....	88
SESSÃO XIX	91
SESSÃO XX	92
SESSÃO XXI	93
SESSÃO XXII.....	95
SESSÃO XXIII.....	96
SESSÃO XXIV	98
SESSÃO XXV.....	99
SESSÃO XXVI	101
SESSÃO XXVII.....	103
SESSÃO XXVIII – SESSÃO XXIX	104
SESSÃO XXX.....	106
REFLEXÃO CRÍTICA.....	109
CASOS DE ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO	111
CASO Nº 1.....	112
CASO Nº 2.....	119
CASO Nº 3.....	128
CASO DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	132
CASO Nº 1.....	132
COMPONENTE 3 – COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO: AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS, DO HUMOR, QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA	137
MARCO TEÓRICO.....	138
JUSTIFICAÇÃO DO TRABALHO	138
EPILEPSIA	139
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	139
CLASSIFICAÇÃO	140
ALTERAÇÕES COGNITIVAS NA EPILEPSIA.....	142
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMORBILIDADE PSIQUIÁTRICA.....	146
QUALIDADE DE VIDA	149
NEUROPSICOLOGIA	152
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	152
ESTUDO EMPÍRICO.....	155
OBJECTIVOS E HIPÓTESES	155
OBJECTIVO GERAL.....	155
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	155
HIPÓTESES	156
METODOLOGIA	156
AMOSTRA	156
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	157
PROCEDIMENTO	161
RESULTADOS	162
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	193
REFLEXÃO CRÍTICA DESTE ESTUDO.....	214
CONCLUSÕES	216
REFLEXÃO CRÍTICA GERAL	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	222

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Calendarização das Actividades decorrentes do Estágio Curricular 2006/2007-----	13
Figura 2. Alguns exemplos do desempenho do paciente no Teste do Relógio -----	21
Figura 3. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria (Forma A)-----	21
Figura 4. Desempenho do pacientes nas Séries Gráficas de Luria (Forma B)-----	21
Figura 5. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey (1 – Cópia, 2 – Memória) -----	22
Figura 6. Evolução do Deterioro Cognitivo -----	23
Figura 7. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey - Cópia-----	29
Figura 8. Desempenho do paciente no Teste do Relógio – 3 tentativas -----	30
Figura 9. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria – Forma A -----	30
Figura 10. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria – Forma B -----	30
Figura 11. Modelo referente à influência dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente no estado do cuidador -----	32
Figura 12. Níveis de disfunção neuropsiquiátrica e grau de desconforto da cuidadora, segundo NPI -----	34
Figura 13. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey (1 – Cópia, 2 – Memória)-----	40
Figura 14. Demonstração da relação da sela anatomicamente normal (esquerda) e herniação aracnoidea por um diafragma sela incompleto, com um balão na sela (direita)-----	53
Figura 15. Modelo Cognitivo-Comportamental do desenvolvimento do DOC -----	60
Figura 16. Esquematização do processo de avaliação e acompanhamento psicoterapêutico na paciente D. P -----	70
Figura 17. Registo de Auto-Monitorização realizado pela paciente em casa. -----	79
Figura 18. Registo de Auto-Monitorização da paciente -----	83
Figura 19. Registo de Auto-Monitorização da paciente -----	93
Figura 20. Registo de Auto-Monitorização elaborado pela paciente como tarefa para casa -----	114
Figura 21. Identificação de P.A.N. e estratégias de coping desadequadas -----	116
Figura 22. Identificação de Pensamentos Racionais Alternativos -----	116
Figura 23. Ficha de Raciocínio Abstracto -----	121
Figura 24. 1 – Ficha de Treino de Atenção e Concentração; 2 – Calendário de Registo de Actividades e Comportamento -----	121
Figura 25. Tarefas de Leitura e Escrita-----	122
Figura 26. Programa <i>Token Economy</i> : Contracto de Compromisso, Estabelecimento de Prémios com os respectivos Pontos, Registo Auto-Monitorização, Normas do Programa, Pontos. -----	124
Figura 27. Treino de Atenção e Concentração - REHACOM-----	133
Figura 28. Nomeação de Objectos impressos – Cartões da <i>Luria Nebraska Neuropsychological Investigation</i> -----	133
Figura 29. Identificação e manuseamento do dinheiro em simulação de situações de pagamento - Compras -----	133
Figura 30. Identificação e Emparelhamento de Cores (1); Exercício de Memória Topológica com cores (2) -----	134
Figura 31. Nomeação de legumes e frutos e simulação de confecção de refeições-----	135

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de utentes em função da Patologia – Casos de Avaliação e Observação -----	9
Gráfico 2. Percentagem de utentes (Avaliação+Observação) em função da Patologia -----	9
Gráfico 3. Número de Sessões realizadas em função da Patologia (Ac. Psic.+Reab. Neurops.) -----	10
Gráfico 4. Percentagem de Utentes em função do Sexo – Casos de Avaliação Neuropsicológica-----	10
Gráfico 5. Número de Utentes em função do Intervalo de Idades e Género – Casos de Avaliação Neuropsicológica -----	11
Gráfico 6. Percentagem de Utentes em função do Sexo–Casos de Acompanhamento (Psic.+Reab. Neuropsic.)-----	11

INDICE DE QUADROS

Quadro 1. Exemplo de aspectos a abordar em uma Avaliação Neuropsicológica -----	5
Quadro 2. Critérios de Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve -----	23
Quadro 3. Desempenho da paciente em tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados -----	26
Quadro 4. Desempenho da paciente em tarefa de evocação de itens por emparelhamento de imagens. -----	26
Quadro 5. Desempenho em sentido directo (Forward) -----	26
Quadro 6. Desempenho em sentido inverso (Backward) -----	26
Quadro 7. Características habituais de cada fase na Demência Tipo Alzheimer-----	27
Quadro 8. Estratégias de orientação na prestação de cuidados a pessoa com demência-----	32
Quadro 9. Domínios de afecção neuropsicológica. -----	37
Quadro 10. Principais alterações cognitivas em pacientes com Esclerose Múltipla-----	42
Quadro 11. Desempenho da paciente em tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados. -----	68
Quadro 12. Passos necessários para a identificação e resolução de problemas -----	106
Quadro 13. Síntese da Classificação das Crises Epilépticas (LICE, 1981) -----	141
Quadro 14. Neuropsicologia – as várias linhas de actuação-----	152
Quadro 15. Exemplos de aspectos a abordar em uma Avaliação Neuropsicológica na Epilepsia -----	154
Quadro 16. Variáveis que podem interferir no rendimento neuropsicológico em epilépticos -----	154

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Emparelhamento de 13 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controles), de acordo com as variáveis sexo, escolaridade (± 3 anos), patologia ou normal e idade categorizada (± 3 anos)-----	162
Tabela 2. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (Casos) com sujeitos normais (controles), de acordo com a variável idade (± 3 anos) -----	163
Tabela 3. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controles): Teste t para as diferenças médias na variável idade -----	163
Tabela 4. Estatísticas descritivas simples no cálculo de todas as variáveis do estudo-----	163
Tabela 5. Mann-Whitney para a comparação numérica entre Patologia e Normal -----	165
Tabela 6. Mann-Whitney para a comparação numérica entre Idade e testes administrados -----	165
Tabela 7. Correlação de Pearson entre o MMSE e Figura Complexa de Rey com as suas vertentes -----	167
Tabela 8. Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões e Factores do IACLIDE -----	167
Tabela 9. Correlação de Pearson entre a Idade e as Incapacidades do IACLIDE bem como, a Pontuação Total no IACLIDE e CDI -----	168
Tabela 10. Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões do QOLIE-31 (qualidade de vida na Epilepsia)-----	168
Tabela 11. Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões do WHOQOL-brief (qualidade de vida nos normativos) -----	169
Tabela 12. Correlação de Pearson entre a Idade e as Escalas de Memória e Processos Intelectuais -----	170
Tabela 13. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Tem oportunidade para actividades de lazer?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	181
Tabela 14. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	181
Tabela 15. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	182

Tabela 16. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com o seu sono?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	182
Tabela 17. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	182
Tabela 18. Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com a sua capacidade para o trabalho?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	182
Tabela 19. Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade na realização do tipo de Cópia da Figura Complexa de Rey.-----	186
Tabela 20. Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade no Percentil da reprodução da Figura Complexa de Rey por cópia.-----	186
Tabela 21. Chi-Quadrado para a diferença de idade categorizada na questão “Está satisfeito(a) com a sua saúde?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	188
Tabela 22. Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade no Percentil da reprodução da Figura Complexa de Rey por memória -----	188
Tabela 23. Chi-Quadrado para a diferença de patologia ou normal no Grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE * Patologia ou Normal -----	189
Tabela 24. Chi-Quadrado para a diferença de idade categorizada na questão “ <i>Está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?</i> ” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).-----	189
Tabela 25. Chi-Quadrado para a diferença de patologia ou normal nos Parâmetros de Normatividade da subescala Memória de Dígitos * Patologia ou Normal -----	189
Tabela 26. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Teste t para as diferenças médias na variável Idade-----	190
Tabela 27. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Pontuações no MMSE, Figura Complexa de Rey e IACLIDE. -----	191
Tabela 28. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (Casos) com sujeitos normais (Controlos): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no MMSE, Figura Complexa de Rey e IACLIDE. -----	191
Tabela 29. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Teste t para as diferenças médias nas pontuações do CDI e IACLIDE, e das Escalas Clínicas da LNNB utilizadas e da WISC-III.-----	192
Tabela 30. Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Teste t para as diferenças médias nas variáveis QOLIE-31 e WHOQOL-brief -----	193

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

O Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) integra um dos hospitais do Ministério da Saúde e engloba o Hospital Pêro da Covilhã (na cidade da Covilhã) e o Hospital do Fundão. É a organização responsável pela assistência hospitalar na região da Cova da Beira, abrangendo uma população de cerca de 100 mil habitantes dos concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor (CHCB, 2004). Desde 31 de Dezembro de 2005 adquire o estatuto de Empresa Pública do Estado. Em termos de características da população concelhia, destaca-se uma elevada predominância do sector primário comparativamente com o resto do país. Uma grande percentagem da população utente agrupa-se no escalão etário acima dos 65 anos, representando mais de 21% do total da população. 65% enquadra-se no escalão dos 15 aos 64 anos, e a restante percentagem na faixa etária inferior aos 14 anos (CHCB, 2004).

Estrutura Organizacional

O Hospital Pêro da Covilhã engloba vários serviços que funcionam 24 horas sobre 24 horas como também apenas durante o dia. No primeiro tipo de serviços, enquadra-se a urgência (geral, pediátrica e obstétrica/ginecológica) que está organizada segundo o modelo de *Manchester*, em que o doente é atendido de acordo com a gravidade da sua situação clínica. Relativamente aos serviços que funcionam apenas durante o dia, destaca-se fundamentalmente as consultas externas. Estas integram várias especialidades e o acesso é realizado através de consultas com médico de família ou do próprio Hospital mediante encaminhamento da Urgência ou Internamento. Existem aproximadamente 48 consultas disponíveis. Para além das consultas externas, o hospital dispõe de um serviço de Medicina Paliativa, Hospital de Dia e Serviço Domiciliário. O serviço de Medicina Paliativa está direccionado para doentes que se encontram em fase paliativa e tem como finalidade melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares. Diariamente, existe um serviço hospitalar em que os doentes permanecem no hospital durante o dia (regressando posteriormente ao domicílio) e obtêm de forma planeada e estruturada cuidados de saúde. O Serviço Domiciliário, está destinado à prestação de cuidados de acompanhamento e administração de actos terapêuticos a doentes do foro psiquiátrico por meio de visita domiciliária semanal, actuando em parceria com outras instituições sociais e de saúde. O Hospital tem desde 2005 um novo serviço, a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, com quatro camas para tratamento de doentes com AVC e oito camas para tratamento de doentes transferidos da unidade de agudos. Neste serviço são prestados cuidados que têm como intuito a recuperação funcional e o decréscimo da mortalidade e morbilidade. Especificamente em relação às consultas externas, notabiliza-se o Serviço de Neurologia que é actualmente constituído por uma equipa de 4 médicos neurologistas. Neste serviço, entrou em funcionamento em Setembro de 2005 a *consulta de Neuropsicologia* que era assegurada pelo Neuropsicólogo Clínico, Professor Doutor Luis Maia. Esta

consulta surgiu em seguimento da criação do Grupo de Estudos em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica – GEARNeurop, um protocolo estabelecido entre a Universidade da Beira Interior e o Centro Hospitalar Cova da Beira. Decorrente da eficácia do trabalho desenvolvido no CHCB no âmbito da avaliação e intervenção neuropsicológica junto de pacientes com patologia neurológica e associado à necessidade sentida por parte da equipa de neurologistas destes acompanhamentos prosseguirem de uma forma contínua, foi criada formalmente uma consulta onde os pacientes podiam ser acompanhados. Em termos de instalação, em inícios de Setembro a consulta de Neuropsicologia passou a contar com dois gabinetes o que permitiu aumentar consideravelmente o número de casos atendidos. Habitualmente, o horário de estágio consistia das 8:30 às 20:00 todos os dias da semana (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira). Em termos de orientação de estágio, o orientador de local de estágio era o Professor Doutor Luis Maia que, simultaneamente, era co-orientador na Universidade juntamente com o Professor Doutor Joaquim Loureiro.

Serviço de Neuropsicologia

A Neuropsicologia enquadra-se num marco de referências e de intervenção, sendo o seu Objecto de estudo as relações entre o Sistema Nervoso e o comportamento. Este estudo realiza-se a diversos níveis, com o objectivo de descrever, compreender ou explicar as disfunções que se observam de forma a servir de base, caso seja necessária, na elaboração de um plano de reabilitação e tratamento neuropsicológicos para indivíduos que sofrem algum tipo de *déficit* cerebral, ou alguma alteração comportamental associado a déficits (León-Carrión, 1995). A Neuropsicologia deu um grande contributo no diagnóstico neurológico, na medida em que obtém informação através de métodos próprios e de procedimentos de avaliação da relação cérebro-comportamento (Barcia-Saloiro, 2004; Palmer, 2004). Para Mier (1974) os neuropsicólogos clínicos estudam a neuropsicologia humana utilizando fundamentalmente métodos psicológicos objectivos de modo a avaliar as funções corticais superiores e assim obter informação que permita desenvolver um plano de reabilitação das funções que se encontram deterioradas (León-Carrión, 1995). As restrições e as limitações do sintoma neurológico são postas em manifesto através de Luria (1973) especialmente ao referir que as lesões das zonas superiores (secundárias e terciárias) do cérebro não só reflectem déficits motores ou sensoriais, como também estão associadas a processos psicológicos complexos. Estes permanecem inacessíveis ao exame neurológico clássico o que leva a ser necessária a aplicação de métodos da Neuropsicologia no diagnóstico focalizado de lesões nestas zonas corticais (Glozman, 1999). Para Smith (1975) o uso de provas neuropsicológicas é útil durante o exame neurológico (León-Carrión, 1995).

Actualmente, podemos situar a neuropsicologia numa área entre as neurociências (neste caso ela também pode ser chamada por neurociência cognitiva) e as ciências do comportamento (psicologia do desenvolvimento, psicolinguística, entre outras), entendendo que o seu objectivo principal é o estudo da relação do sistema nervoso, com o comportamento e a cognição, ou seja, o estudo das capacidades

mentais mais complexas como a linguagem, memória e a consciência (Pinheiro, 2005). Seguindo o mesmo princípio das outras ciências, a neuropsicologia, utiliza o método científico, ou seja, parte de um conjunto de provas empíricas verificáveis sobre o seu objecto de estudo, de modo a criar um conjunto de hipóteses pertinentes para o estudo em causa, ou para averiguar se existe alguma relação entre as variáveis (Junqué & Barroso, 2001; Mataró & Pedraza, 2004).

Segundo Maestú, Quesney-Molina, Ortiz-Alonso, Campo, Fernández-Lucas, & Amo, (2003) e Calvo-Merino & Haggard (2004), com o avanço intenso e progressivo de novas técnicas e instrumentos de diagnóstico clínico permitiu aos investigadores explorar mais além do “*Onde*” e centrarem-se também no “*Quê*”, “*Como*” e “*Quando*”. Por outras palavras, e como já foi referenciado anteriormente, passamos mais de décadas centrados em apenas uma destas formulações: “*Onde se produz a actividade cerebral?*” (Maestú, Quesney-Molina, Ortiz-Alonso, Campo, Fernández-Lucas, & Amo, 2003). Obviamente que esta pergunta, nos canalizou de um modo precipitado e puramente localizacionista (típico da Frenologia) à procura de áreas específicas da produção de determinada função cognitiva ou se quisermos, grosso modo, por a busca intensa da localização de zonas de realização de determinada actividade cerebral. Com o desenvolvimento de novas técnicas, permitiu-nos ir mais além desta única e simples formulação. Ou seja, possibilitou-nos responder ao “*Quando*”, isto é, em que momento temporal se activa determinada área e se a actividade se produz de modo serial ou em paralelo; e por outro lado, permitiu-nos também responder ao “*Como*”, isto é, como se organiza a actividade cerebral depois de se provocar um determinado processo cognitivo. Esta conjugação, e esta interpretação interligada do “*Onde*”, “*Quê*”, “*Quando*” e “*Como*” permite-nos colocar uma pequena hipótese, ou se quisermos, e porque não, designarmos por opinião crítica. Possivelmente, pensarmos de modo localizacionista o funcionamento cerebral parece-nos que não corresponderá de todo à realidade. Assim, parece-nos mais plausível considerar o funcionamento cerebral como uma integridade funcional, em que não existe uma área específica unicamente responsável pela realização de uma determinada função, mas sim, parece-nos ser mais evidente considerar que existem um conjunto de áreas específicas que contribuem para a realização de uma determinada função, tal como nos sugere, Castaño (2003); Jurado (2004) e Mataró & Pedraza (2004).

Âmbito das Consultas de Neuropsicologia

São realizadas consultas em dois âmbitos, nomeadamente, na área da Neuropsicologia em Geral e Neuropsicologia Infantil.

NEUROPSICOLOGIA EM GERAL	NEUROPSICOLOGIA INFANTIL
<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevista psicossocial de Avaliação, não médica▪ Avaliação psicológica e neuropsicológica▪ Avaliação por outros testes específicos ou escalas de observação▪ Entrevista psicológica de seguimento▪ Psicoterapia individual▪ Intervenção Neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação global do desenvolvimento▪ Avaliação do comportamento▪ Avaliação psicopedagógica▪ Avaliação das dificuldades de aprendizagem▪ Avaliação psicológica

Torna-se fundamental referir que, embora a Consulta de Neuropsicologia tenha a vertente de avaliação e intervenção, os casos remetidos pela equipa de neurologistas foi fundamentalmente no âmbito da avaliação (*e.g.* diagnóstico diferencial). Todavia, após a avaliação eram sinalizados os pacientes que necessitariam e conseqüentemente beneficiariam de uma intervenção neuropsicológica, bem como, com o contributo da avaliação realizada permitia aos médicos especialistas prover a acompanhamento médico mais adequado. Tendo em consideração estes aspectos, de seguida será realizada uma breve apresentação de tarefas realizadas no processo de avaliação e reabilitação, especificamente na consulta de Neuropsicologia.

AValiação Neuropsicológica

A Avaliação Neuropsicológica constitui um elemento essencial no diagnóstico e tratamento. Neste sentido, são utilizados testes (Junqué & Barroso, 2001; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001), que avaliam a função cognitiva e o comportamento (León-Carrión, 1995; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001), contribuindo com dados relevantes na detecção de déficits cognitivos isolados (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) e difusos (como é o caso da realização de diagnósticos diferenciais de demências (Lezak, 2003) a partir da identificação de áreas cerebrais específicas que sofreram lesão (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Todavia esta identificação é mais difícil se o déficit for difuso ou sofrer variações ao longo do tempo (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Segundo M. D. Lezak (*cit. in* León-Carrión, 1995), a ênfase da Neuropsicologia Clínica centra-se essencialmente na *avaliação da modificação comportamental* preocupada fundamentalmente pelo estudo do papel que os sistemas cerebrais desempenham nas actividades psicológicas humanas. Tem como principais objectivos: identificar déficits cognitivos e comportamentais, que surgem devido a disfunções cerebrais orgânicas, diferenciá-los de disfunções não orgânicas; determinar que tipo de perturbação neuropsicológica o paciente apresenta, que intensidade possui, a presença e localização das lesões (Junqué & Barroso, 2001; Mumenthaler & Mattle, 2004). Pretende o conhecimento da fisiopatologia das alterações observadas (lesões cerebrais em criança, *etc.*); a formulação de um diagnóstico clínico e topográfico cerebral (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) a análise das perturbações ao nível dos processos corticais superiores (León-Carrión, 1995); estudo da influência da experiência e da aprendizagem no substrato neurofuncional; estudo das representações internas de fenómenos mentais terapêutica racional e fisiopatologia e reabilitação; realização de programas de investigação (León-Carrión, 1995; Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). O desenvolvimento do procedimento em avaliação neuropsicológica reflecte crescente apreciação da sua utilidade em neurodiagnóstico, na prevenção e tratamento de paciente com lesões cerebrais (Lezak, 2003). Assim, pode-se utilizar testes ou provas neuropsicológicas do tipo psicométrico, ou seja, centrar-se numa avaliação quantitativa, de modo a planificar e controlar a reabilitação neuropsicológica, e permitir conhecer as características de apresentação de um ou de mais défices. Por outro lado, a avaliação

também se revela pertinente por utilizar um método qualitativo que se baseia na descrição clínica que usa um conjunto sistemático e flexível de provas (León-Carrión, 1995; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001). Portanto, os aspectos compreensivos da lesão a analisar são importantes, pois deste modo obtêm-se uma descrição e em cada caso uma exploração ou compreensão de como se exprime ou manifesta uma lesão. Na avaliação qualitativa é aplicado um protocolo idiossincrático a cada caso, ou seja, os instrumentos utilizados devem ajustar-se a uma avaliação individualizada e minuciosa, sendo estes de aplicação simples, flexíveis e adequar-se às características sociais e culturais do sujeito. Para além do referido, existem outros aspectos fundamentais a ter em consideração em uma avaliação neuropsicológica, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Exemplo de aspectos a abordar em uma Avaliação Neuropsicológica, adaptado de Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín (2001, p. 77).

⊙ A obtenção de respostas a perguntas significativas para o tratamento médico; por exemplo, aspectos de localização hemisférica crítica, evidência de deterioro cognitivo progressivo e, portanto, progressão da patologia, e avaliação de possível afecção das funções cognitivas pela medicação (inclusivamente repetidas avaliações poderá contribuir para a determinação de doses mais efectivas de um determinado fármaco com os mínimos efeitos adversos cognitivos possíveis).

⊙ Avaliar e diferenciar a autêntica disfunção neuropsicológica de problemas relacionados com a esfera de humor do próprio paciente, como por exemplo, depressão ou ansiedade.

⊙ Avaliar e identificar possíveis tratamentos do tipo reabilitar os pacientes; por exemplo, é possível identificar disfunções do lóbulo frontal, nos quais podemos encontrar défices de iniciação, organização ou controlo da impulsividade, e que podem beneficiar de forma especial do tratamento reabilitador.

⊙ A avaliação neuropsicológica pode ajudar a melhorar a auto-estima e as relações sociais do paciente.

Como largamente difundido na literatura científica, a Avaliação Neuropsicológica permite o estudo aprofundado de várias funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Gil, 2004). Neste sentido, recorre-se a uma diversidade de testes e procedimentos standardizados, com o intuito de delinear um diagnóstico, investigar ou ainda apoiar o planeamento do processo de reabilitação (Junqué & Barroso, 1995). Assim, o objectivo essencial de uma bateria neuropsicológica básica em pacientes é o de possibilitar a avaliação do desempenho cognitivo global, assim como a determinação das disfunções específicas de **atenção, memória, linguagem e funções executivas** que são os processos básicos para a construção e desenvolvimento das habilidades intelectuais (León-Carrión, 1995; Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002). Estas funções podem ser avaliadas por meio de testes, escalas ou baterias de avaliação neuropsicológica estruturadas (Perea-Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001) ou seguindo o modelo Luriano em que se exploram funções por meio de tarefas específicas (Luria, 1979). Os instrumentos de rastreio cognitivo (de *screening*) são testes breves de fácil aplicação e que requerem um tempo limitado. São úteis para diferenciar uma situação normativa de uma patológica: *Mini-Mental State Examination*, o qual avalia a orientação temporal, espacial, registo, atenção e cálculo, retenção, linguagem de modo a avaliar o nível de consciência (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001); *Prova do Relógio*: é de fácil procedimento e pretende avaliar capacidades cognitivas

tais como, compreensão auditiva, planeamento, memória visual e reconstrução de imagens gráficas, habilidades visuoespaciais, programação motora e execução, conhecimento numérico, pensamento abstracto (instrução semântica), inibição da tendência de realizar a tarefa pelas características perceptuais do estímulo, concentração e tolerância à frustração (Adunsky, Fleissig, *et al.*, 2002; Bozikas, Kosmidis, *et al.* 2004; Oscanoa, 2004). Os testes específicos são aqueles que se destinam a determinadas funções cognitivas, tais como a avaliação da linguagem, memória, praxias, etc. As baterias neuropsicológicas gerais, são no entanto extensas e é necessário muito tempo para que sejam correctamente aplicadas. Permitem a exploração da informação de modo exaustivo sobre a situação cognitiva do paciente, analisando pormenorizadamente os componentes de cada função cognitiva (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Por sua vez, um dos instrumentos de Avaliação Neuropsicológica, com toda a certeza, mais usado na consulta de Neuropsicologia é a *Luria Nebraska Neuropsychological Evaluation*, tradução e adaptação portuguesa de Maia, Loureiro & Silva, (2002).

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

O desenvolvimento de programas neuropsicológicos centra-se em uma reabilitação cognitiva; a natureza e a severidade do “*handicaps*” cognitivo não dependem somente da extensão e natureza da lesão cerebral ou deficiência orgânica, como também é determinado pelas características da personalidade (pré-morbida) (*e.g.* neuroticismo), das reacções psicológicas do paciente (*e.g.* depressão, ansiedade), do ambiente do paciente (físico, das outras pessoas), e por último mas não menos importante são as expectativas do próprio paciente (*e.g.* retorno ao trabalho, ou educação, participação na família). Por esta razão, a reabilitação cognitiva nunca é simples daí a necessidade de educar/ensinar ao paciente estratégias para lidar eficazmente com as suas dificuldades cognitivas no seu quotidiano (Almeida, Pinna, Martins, Siebra, Moura, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). No CHCB, especificamente na consulta de Neuropsicologia, utilizou-se o programa de reabilitação assistida por computador – REHACOM (Maia, Gaspar, Azevedo, *et al.*, 2004) e recorreu-se sempre, por exemplo, a outro tipo de material em formato tradicional (papel), e algum material construído propositadamente para a reabilitação e estimulação de algumas funções específicas. Este tipo de reabilitação enquadra-se numa intervenção mais tradicional e próxima do modelo Luriano (Luria, 1979). Assim, e relativamente ao programa REHACOM, enquadra-se na diversidade de programas/software informático desenvolvidos com o intuito de reabilitar pacientes com disfunções cognitivas particulares e visa fomentar melhores níveis de funcionamento cognitivo e independência do paciente acometido por uma determinada disfunção (Aguado, Martin, Villameriel, 2001; Mathes, Cramon & Cramon, 1995, *In* Rehacom Basic Manual, 2001). Neste sentido, torna-se possível enunciar um conjunto de vantagens, nomeadamente:

-
- ✓ *Flexível* – o nível de dificuldade e o tempo da sessão pode ser ajustado sessão a sessão;
 - ✓ *Contínuo* – os dados de cada sessão são guardados, o que permite prosseguir na sessão seguinte o nível onde se terminou;
-

-
-
- ✓ *Individual* – é o próprio paciente quem manipula os botões e toma as decisões (o técnico supervisiona e confere estratégias a utilizar no treino e no quotidiano);
 - ✓ *Generalizável ao setting natural* – as competências e estratégias que o paciente adquire podem ser generalizadas para o seu quotidiano (Maia, Gaspar, Azevedo, *et al.*, 2004).
-
-

O REHACOM é constituído por vários treinos todavia, na consulta de Neuropsicologia são utilizados apenas os treinos de Atenção e Concentração, Treino de Vigilância, Memória Verbal, Memória Topológica, Memória de Figuras, Treino de Compras. Segundo Maia, Gaspar, Azevedo *et al.* (2004, p.91), “*todos os passos do treino são muito semelhantes a uma situação real de compras num supermercado. A capacidade de planeamento, coordenação de acções e memória a curto prazo.*” Relativamente aos treinos de memória, estes podem ser de três tipos: verbal, topológico e de figuras. Ao desenvolver um programa de reabilitação da memória para pacientes que apresentam dificuldades neste campo, torna-se necessário ter em consideração vários aspectos a incluir neste programa, nomeadamente: 1) Psicoeducação acerca dos efeitos da lesão cerebral e dificuldades cognitivas associadas; 2) o impacto das alterações da personalidade e reacções emocionais; 3) percepção individual dos distúrbios cognitivos (Ponds & Hendriks, 2006).

Da mesma forma que se pode utilizar um programa de computador para estimular algumas funções neuropsicológicas, também se utiliza material mais tradicional como por exemplo, imagens em cartão (tipo de intervenção mais tradicional no âmbito da Neuropsicologia) (Hodges, 1994). São realizados ainda exercícios relacionados com a vida quotidiana, como seja, nomeação de objectos e respectiva demonstração do uso dos mesmos (Luria, 1979). O procedimento não se dirige a realizar actividades repetitivas para fortalecer, por exemplo, a memória, mas tentar compensar o deficit com estratégias que adaptem a pessoa ao seu funcionamento diário. Essas estratégias combinam a introdução de ajudas externas que permitem armazenar informação (*e.g.* agendas, diários, *etc.*) ou avisar de actividades que se devem realizar (*e.g.* alarme de relógios, telemóveis, *etc.*), com associações mnemotécnicas que se apoiam sobre os processos de memória preservados (Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006; Ponds & Hendriks, 2006). Estas actividades, que se desenvolvem nas várias sessões de Neuropsicologia, têm que ser generalizadas ao ambiente natural do paciente, daí a necessidade de possuírem um grau elevado de validade ecológica (Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006; Ponds & Hendriks, 2006). Para além da reabilitação e estimulação de algumas funções mais básicas, como já indicadas, realizam-se exercícios mais complexos e que implicam a activação de recursos cognitivos superiores (Luria, 1979). São exemplo os exercícios de sequenciação lógica de imagens, identificar o que está mal numa imagem e ainda previsão de algo a partir de uma imagem (Brass, 1993; Ghose, Williams & Swindle, 2005). Tendo em consideração o transcrito, a palavra-chave desta reabilitação neuropsicológica é “*compensação*”: ensinar o paciente alternativas/estratégias para lidar com o fluxo diário de informação (*e.g.* lembretes) em vez de tentar

aumentar a capacidade de processamento da informação (*e.g.* memória em geral) (Ponds & Hendriks, 2006).

Os utentes da Consulta de Neuropsicologia durante este percurso de estágio curricular, eram crianças, adolescentes, adultos e idosos, fundamentalmente pacientes com patologia neurológica e/ou psiquiátrica provenientes do serviço de Neurologia. De igual modo, pacientes de outros serviços e consultas eram encaminhadas para o serviço de Neuropsicologia. Por sua vez, é de referir o Acompanhamento de outros pacientes que chegaram ao nosso serviço directamente, por pedido próprio.

Estimativa do Número de Casos Clínicos contactados durante o Estágio

O estágio, na consulta de Neuropsicologia, foi desenvolvido essencialmente em três âmbitos: Observação, Avaliação e Intervenção em casos clínicos. Ou seja, permitiu assim, observar o trabalho desenvolvido por profissionais já no campo e por outros colegas estagiários, permitiu também implementar, explorar e testar competências aprendidas. As consultas eram realizadas maioritariamente no gabinete, contudo por várias vezes os pacientes eram observados em contexto de internamento (*e.g.* Medicina, Exames Especiais, *etc.*). No meu estágio, tive a oportunidade de contactar directamente com **99 pacientes**. Em termos de casos de acompanhamento, quer em termos de processo psicoterapêutico mas fundamentalmente intervenção neuropsicológica, destacam-se **27 pacientes**. O acompanhamento foi realizado em todos os casos clínicos durante todo o período de estágio. Em termos de patologias neurológicas tomei contacto com **17 pacientes com diagnóstico de deterioro cognitivo e demência** (15 casos de Avaliação Neuropsicológica e 2 casos de Observação), **6 pacientes acometidos por AVC's** (5 casos de Avaliação Neuropsicológica e 1 caso de Observação), **9 pacientes com Esclerose Múltipla** (7 casos de Avaliação Neuropsicológica e 2 casos de Observação), **5 pacientes acometidos por Traumatismo Crânio-encefálico** (3 casos de Avaliação Neuropsicológica e 2 casos de Observação), **18 pacientes com Epilepsia** (13 casos de Avaliação Neuropsicológica e 5 casos de Observação). Ainda a nível da Avaliação Neuropsicológica, realizei este procedimento com **2 cuidadores de doentes com Demência** (Demência Tipo Alzheimer e Demência Tipo Parkinson), **4 casos de Enfermaria** (2 casos de Avaliação Neuropsicológica e 2 casos de Observação), e **20 casos** que não se inserem em nenhuma das patologias neurológicas referidas ao momento (11 casos de Avaliação Neuropsicológica e 9 casos de Observação), por exemplo, casos de processo degenerativo cortical associado à idade, casos de déficite atencional, *etc* (Gráfico 1).

Por sua vez, e em termos de condições clínicas psiquiátricas, avalei (e conseqüentemente foi desenvolvido um plano terapêutico a nível de acompanhamento) **3 pacientes com sintomatologia ansiogénica**, **6 com sintomatologia depressiva** (4 casos de Avaliação Psicológica e 2 casos de Observação), **3 pacientes com Perturbação da Linguagem** (2 casos de Avaliação Psicológica e 1

caso de Observação), **6 pacientes com dificuldades ao nível das competências de estudo** (3 casos de Avaliação Psicológica e 3 casos de Observação) (Gráfico 1).

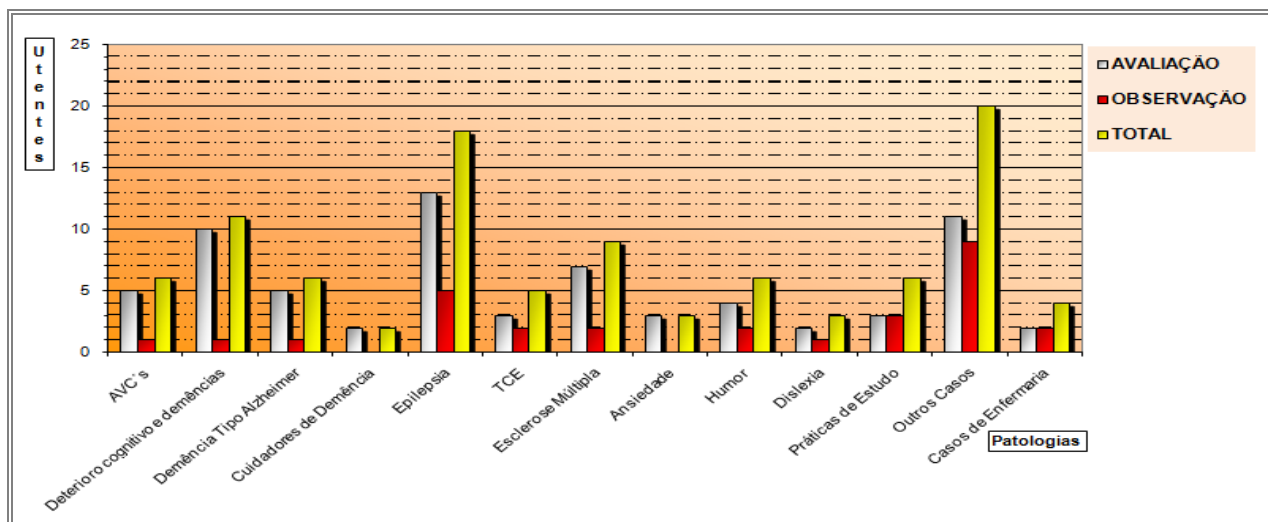


Gráfico 1. Número de utentes em função da Patologia – Casos de Avaliação e Observação

Relativamente ao gráfico 2 é possível verificar a distribuição (em percentagem) das patologias neurológicas e psiquiátricas, respectivamente, sujeitas a uma Avaliação Neuropsicológica. Neste sentido, torna-se possível referir que o maior número de avaliações realizadas foram ao nível da dimensão “*Outros Casos*” onde se inserem todos aqueles casos que não se enquadravam formalmente em um Diagnóstico Neurológico e/ou Psiquiátrico (caracterizados por queixas subjectivas, déficit atencional, processo degenerativo cortical associado à idade, *etc.*). Logo de seguida, verificamos que as patologias mais evidentes prendem-se com os Diagnósticos de Epilepsia (18%), Deterioro Cognitivo e Demência (11%) e Esclerose Múltipla (9%), estando as restantes distribuídas com menor incidência. Ao nível das patologias psiquiátricas verificamos que está mais representativo a dimensão do Humor (com 6%) bem como, ao mesmo nível, a intervenção na dinâmica das práticas de estudo (6%) (Gráfico 2).

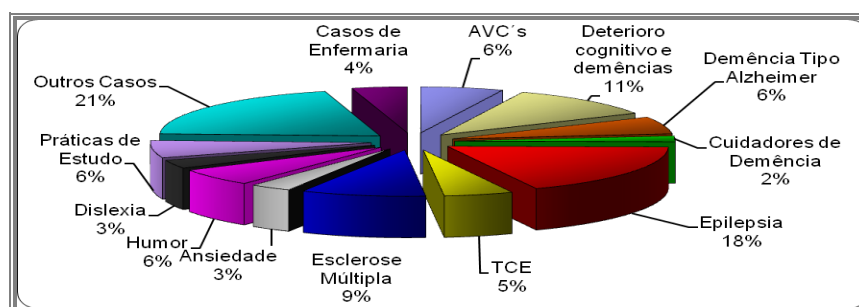


Gráfico 2. Percentagem de utentes (Avaliação+Observação) em função da Patologia

Relativamente aos casos de Avaliação, no meu estágio avalei 70 sujeitos, os restantes casos, ou seja, 29 foram de Observação. Quer as sessões de Avaliação quer de Acompanhamento tiveram uma duração mínima de 1h30m. Durante este estágio, em termos de Avaliação e Acompanhamento foram realizadas aproximadamente **439 sessões**, nomeadamente **161 de Avaliação** e **159 de Acompanhamento**, **119 sessões de reabilitação**, **43 sessões foram dedicadas a observação** de casos.

De igual modo, ao observarmos o Gráfico 3 rapidamente verificamos quais as patologias que foram objecto de maior número de sessões de acompanhamento (psicoterapêutico e de reabilitação neuropsicológica, respectivamente). Assim, ao nível do acompanhamento psicoterapêutico foram realizadas 56 sessões para a problemática Ansiedade, posteriormente verifica-se que na dimensão Humor bem como Práticas de Estudo/Promoção Cognitiva foram realizadas 32 sessões e 27 sessões, respectivamente. Concomitantemente, identificamos 3 patologias neurológicas, nomeadamente Deterioro Cognitivo, Acidentes Vasculares Cerebrais e Demência Tipo Alzheimer, como aquelas onde foram desenvolvidas um maior número de sessões de Reabilitação Neuropsicológica (44 Sessões, 42 Sessões e 33 Sessões, respectivamente) (Gráfico 3).

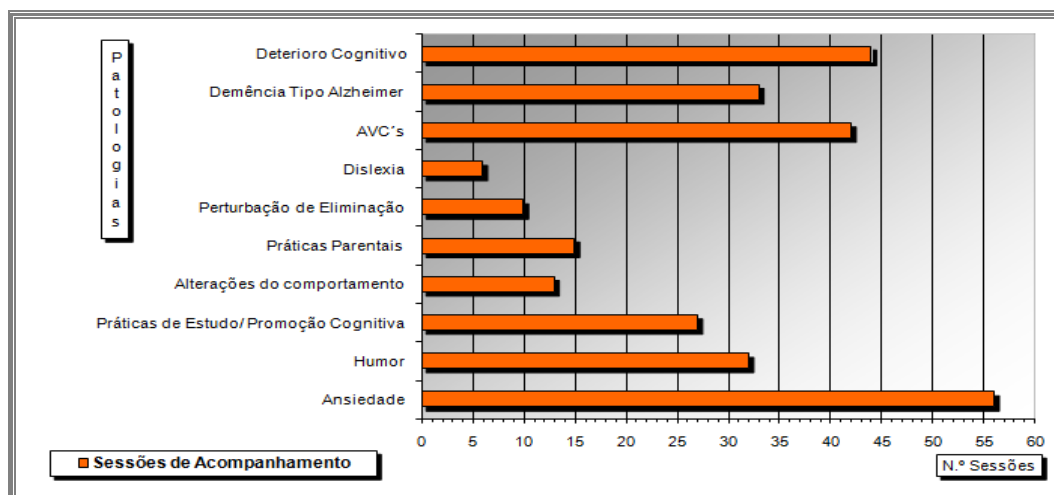


Gráfico 3. Número de Sessões realizadas em função da Patologia (Acompanhamento Psicoterapêutico+Reabilitação Neuropsicológica)

Após esta breve descrição e correspondente ilustração das Patologias Neurológicas e Psiquiátricas mais incidentes ao longo do Estágio Curricular 2006/2007 bem como, das sessões desenvolvidas ao nível das competências pretendidas num processo terapêutico (Avaliação e consequente Intervenção, se justificar-se) torna-se assim importante compreender como estes casos clínicos se distribuem pelas duas dimensões Género e Idades. Neste sentido, ao analisarmos o Gráfico 4 rapidamente constatamos que os casos de Avaliação Neuropsicológica foram maioritariamente do Sexo Feminino (73%) ao comparar com o Sexo Masculino (27%).

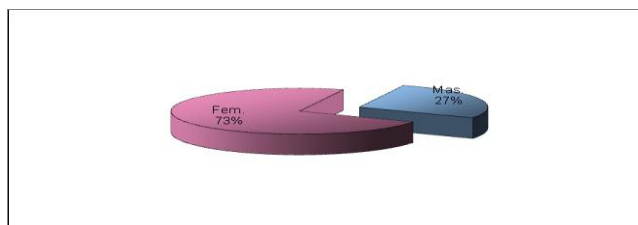


Gráfico 4. Percentagem de Utentes em função do Sexo – Casos de Avaliação Neuropsicológica

Por sua vez, ao analisarmos o Gráfico 5 verificamos que as Avaliações Neuropsicológicas realizadas centram-se maioritariamente no intervalo de idades 71-80 (estando novamente mais presente utentes do sexo feminino – 19, do que masculinos – 6 utentes); logo de seguida verificamos que o intervalo

de idades 41-50 encontra-se também significativo (embora seja na sua totalidade preenchido por 21 utentes do sexo feminino). Assim, globalmente constatamos que o intervalo de idades dos utentes avaliados, corresponde entre os 41 anos e os 80 anos (com maior prevalência do sexo feminino). Na sua totalidade verificamos que dos utentes avaliados o intervalo de idades 31-40 anos bem como o intervalo 81-90 anos, corresponde à menor representatividade desta faixa etária.

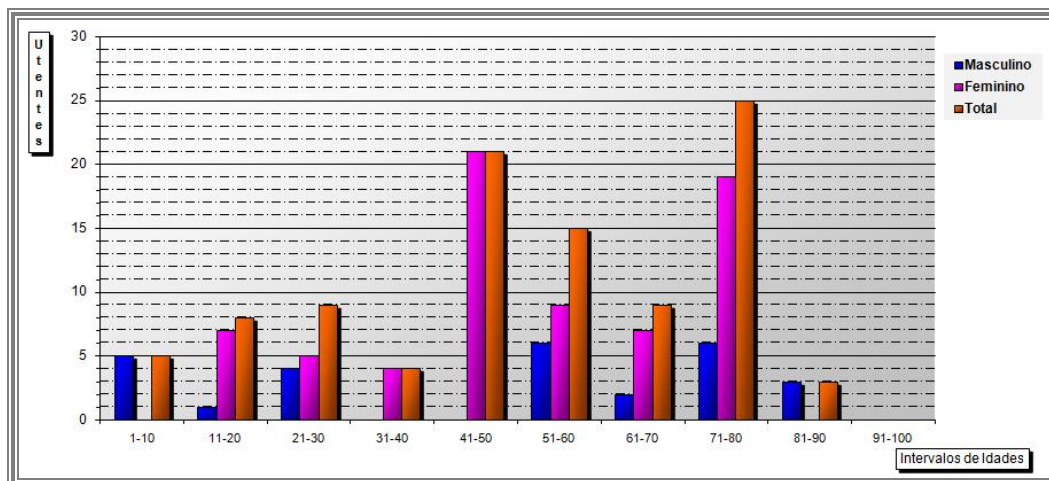


Gráfico 5. Número de Utes em função do Intervalo de Idades e Género – Casos de Avaliação Neuropsicológica

Ao analisarmos os casos clínicos em termos de Acompanhamento (Psicoterapia e Reabilitação Neuropsicológica), e recorrendo ao Gráfico 6, facilmente voltamos a verificar que o sexo Feminino predomina na nossa amostra de utentes.

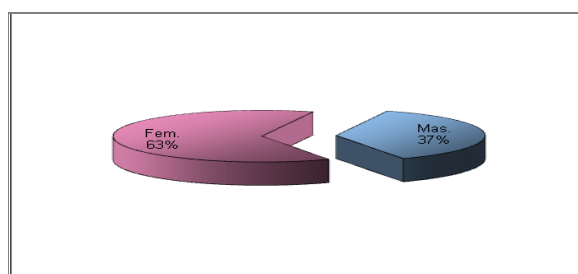


Gráfico 6. Percentagem de Utes em função do Sexo – Casos de Acompanhamento (Psicoterapia+Reabilitação Neuropsicológica)

Se fizermos esta análise ao nível do Acompanhamento, e ao recorrermos ao Gráfico 7, verificamos que na totalidade o intervalo de idades 51-60 é o mais representativo dos utentes sujeitos ao programa terapêutico (estando equiparado entre sexo feminino e sexo masculino – 6 utentes). Logo de seguida, constatamos que o intervalo de idade 21-30 também se apresenta significativo, embora com maior predomínio do sexo feminino (3 utentes) ao comparar com o sexo masculino (2 utentes). Em contrapartida verificamos que a faixa de idades entre os 31 e 40 anos revela-se uma minoria na amostra de utentes objecto do processo de acompanhamento desenvolvido (Gráfico 7).

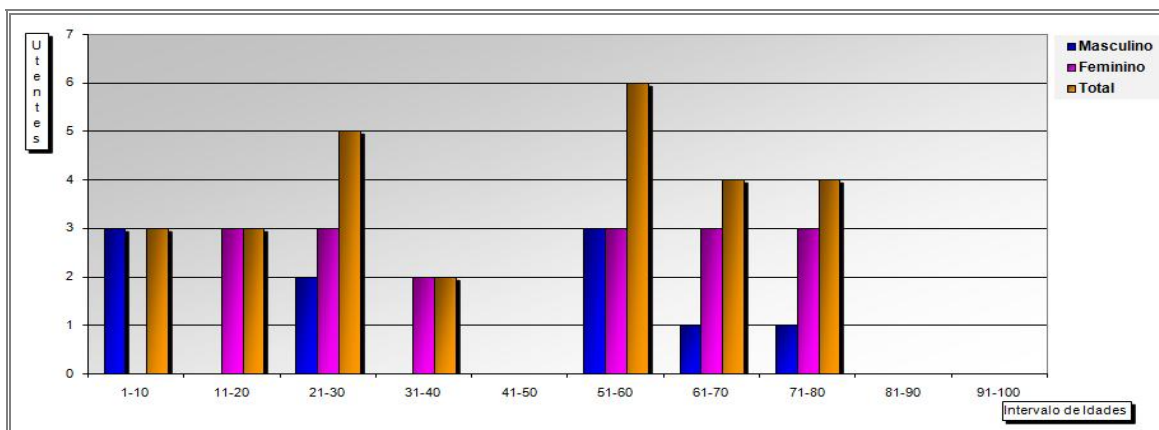


Gráfico 7. Número de Utentes em função do Intervalo de Idades e Género – Casos de Acompanhamento Psicoterapêutico e Reabilitação Neuropsicológica

É importante salientar que nos casos de Avaliação, para além do tempo dispendido para o processo de Avaliação, aproximadamente duas horas no mínimo, correspondia igualmente esse tempo para elaboração do relatório. Consequentemente, e dada a afluência de consultas durante o dia, os mesmos foram realizados sempre pós-horário formal de estágio. Após uma primeira fase de enquadramento ao local de estágio, em termos de caracterização estrutural e funcional, objectivos, âmbitos da consulta e população alvo, apresenta-se de seguida alguns dos casos de Avaliação e Acompanhamento. Todavia torna-se importante referir que o critério de selecção dos casos a apresentar prendeu-se exclusivamente na tentativa de apresentar ao leitor aqueles que são altamente constituídos de uma forte riqueza clínica (dentro de uma panóplia de casos clínicos) bem como, reservar espaço equiparado para a apresentação de outras actividades desenvolvidas.

Como já referido anteriormente, durante o estágio curricular tive a oportunidade de contactar com vários grupos de patologias neurológicas e psiquiátrica. Assim, de seguida são apresentados os casos afectos a cada um dos grupos. Contudo, para cada um dos grupos é realizada uma breve contextualização teórica onde se abordam as suas principais características clínicas.

Por sua vez, nas seguintes tabelas podemos encontrar toda a informação sintetizada ao nível dos casos clínicos atendidos (em termos avaliativos ou de intervenção), número de sessões realizadas bem como, o número de horas aplicadas às várias actividades inerentes ao Estágio Curricular, de forma a facilitar uma rápida consulta e consequentemente compreensão do trabalho realizado.

	N.º Casos	N.º Sessões	N.º Horas
OBSERVAÇÃO	29	43	86:00
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	70	161	322:00
TOTAL	99	204	408:00
ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO	15	159	238:50
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	12	119	119:00
TOTAL	27	278	357:50

Total de Horas	Realização de Relatórios Neuropsicológicos	175:00
	Cotação de Testes administrados e construção dos Perfis	279:00
	Preparação de consultas (Acompanhamento Psicoterapêutico e Reabilitação Neuropsicológica)	556:00
	Estágio Curricular 2006/2007 (engloba todos os itens anteriores, mais o total das sessões de Observação, Avaliação, Acompanhamento Psicoterapêutico e Reabilitação Neuropsicológica)	1775:50*

* Este valor **não inclui** tempo dedicado à marcação/agendamento das consultas (verificação da lista de espera e pedidos urgentes + contacto estabelecido com os utentes e/ou cuidadores), análise dos processos clínicos, discussão dos casos clínicos com o Orientador Prof. Dr. Luis Maia.

Duração do Estágio Curricular 2006/2007

O presente estágio curricular decorreu ao longo de nove meses, sendo que, tal como já referido, teve o seu início oficial no dia 11 de Setembro de 2006 e o seu término a 14 de Junho de 2007. Inicialmente, o horário das actividades a serem realizadas ao longo do estágio, foi estabelecido para 5 dias por semana em horário completo (das 08:30 às 20:00); posteriormente tentou-se dividir este horário pelos 4 estagiários de forma a não existir uma sobrecarga para os alunos tendo em conta o afluxo de casos clínicos. Neste sentido, ao longo do estágio este horário tornou-se bastante flexível no que se refere aos dias da semana estabelecidos, todavia pessoalmente na sua maioria o horário inicialmente proposto manteve-se devido ao agendamento dos acompanhamentos psicoterapêuticos e reabilitações neuropsicológicas inicialmente desenvolvidos (ou seja, os casos clínicos já tinham o seu horário fixo e estabelecido – alguns na parte da manhã e outros para a parte da tarde, idosos e crianças respectivamente).

A seguir, apresenta-se um calendário (Ilustração 1), onde é possível observar a distribuição do tempo e actividades realizadas ao longo do período de Estágio. De referir que ao longo do ano lectivo correspondente ao Estágio Curricular, foi-me possível desenvolver diferentes tipos de actividades que contribuíram, significativamente, não só para a melhoria do próprio estágio, mas e principalmente para a minha aprendizagem.

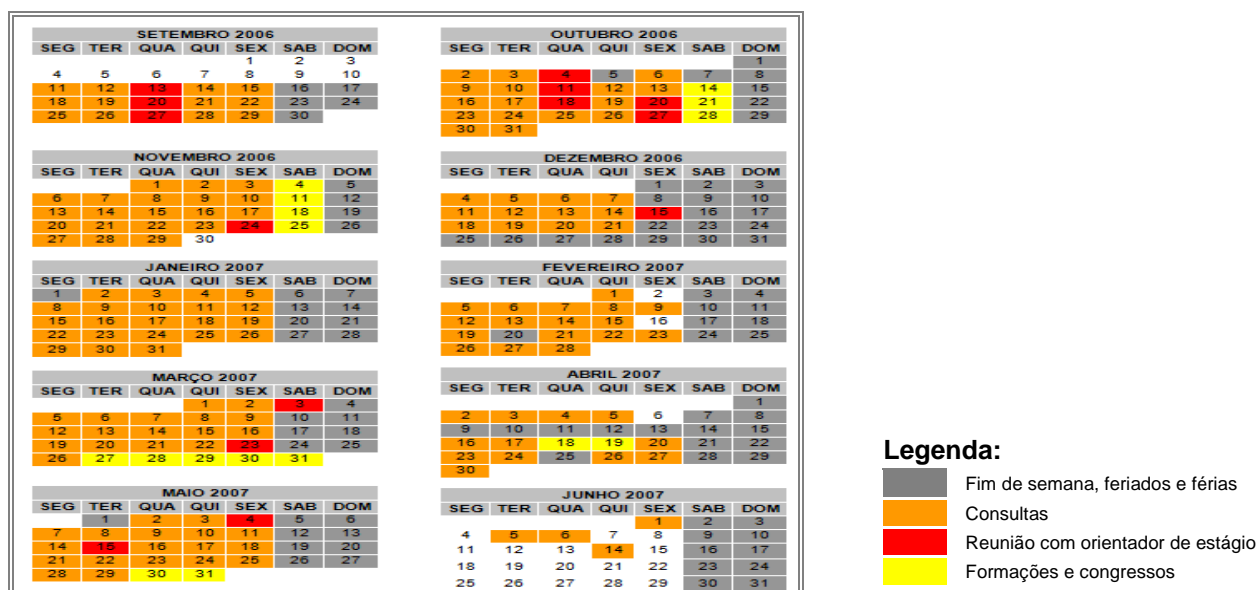


Figura 1. Calendarização das Actividades decorrentes do Estágio Curricular 2006/2007

Componente 1

Competências de Avaliação



Fundamentação Teórica dos Casos de Intervenção,

Avaliação e Observação

BREVE NOTA INTRODUTÓRIA:

De seguida são apresentadas as competências ao nível da Avaliação e para tal, inicia-se com uma breve descrição do número de utentes sujeitos a uma Avaliação Neuropsicológica em função da patologia neurológica subjacente bem como, do número de utentes observados em contexto clínico. Ainda nesta linha, são descritos todos os instrumentos administrados na prática clínica junto aos utentes, pautando-se assim por uma metodologia rigorosa e científica. Concomitantemente, procurou-se contextualizar, teoricamente, as patologias neurológicas presentes ao Serviço de Neuropsicologia coadjuvando com Relatórios Clínicos, particularmente, operacionalizando os déficits avaliados e a ilustração de resultados a alguns testes/tarefas administradas. Neste sentido, pretende-se que todo o conteúdo apresentado represente de forma fidedigna parte de todo o trabalho e exigência que esteve subjacente no decorrer do Estágio Curricular bem como demonstre as competências práticas desenvolvidas em contexto clínico.

COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO

		<u>COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO</u>		<u>INSTRUMENTOS UTILIZADOS/METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO</u>	
RELATÓRIOS	AVALIAÇÃO	AVC's	5 Utentes	- Entrevista Clínica LNI (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Adapt. de Christensen, A.L., 1987)	
		Deterioro cognitivo e demências	10 Utentes	- Mini Mental State Examination (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)	
		Demência Tipo Alzheimer	5 Utentes	- Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)	
		Cuidadores de Demência	2 Utentes	- Escala de Depressão Geriátrica (GDS, Yesavage <i>et al.</i> , 1983)	
		Epilepsia	13 Utentes	- Teste do Relógio	
		TCE	3 Utentes	- Séries Gráficas de Luria (Forma A e B)	
		Esclerose Múltipla	7 Utentes	- Tarefas de Fluência Verbal (Word List Generation)	
		Ansiedade	3 Utentes	- Teste da Figura Complexa de Rey	
		Humor	4 Utentes	- Teste Auditivo-Verbal de Rey	
		Dislexia	2 Utentes	- Prova de Dígitos	
		Práticas de Estudo	3 Utentes	- Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE, Vaz Serra, 1994)	
		Outros Casos	11 Utentes	- Índice de Barthel	
		Casos de Enfermaria	2 Utentes	- Índice de Katz	
		TOTAL	70 Utentes	- Neuropsychiatry Inventory (NPI – Cummings)	
	OBSERVAÇÃO	AVC's	1 Utente	- PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test)	
		Deterioro cognitivo e demências	1 Utente	- BRB-N (Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests in Multiple Sclerosis)	
		Demência Tipo Alzheimer	1 Utente	- Trail Making Test	
		Cuidadores de Demência	0	- Questionário de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL – Abreviado)	
		Epilepsia	5 Utentes	- Questionário da Qualidade de Vida na Epilepsia (QOLIE-31)	
		TCE	2 Utentes	- Questionário da Qualidade de Vida na Epilepsia para crianças e adolescentes (QOLIE-AD-48)	
		Esclerose Múltipla	2 Utentes	- Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS)	
		Ansiedade	0	- Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL, Achenbach, Paulo Almeida, 1991)	
		Humor	2 Utentes	- Questionário do comportamento da criança Relatório do Professor (TRF, Achenbach, Paulo Almeida & Miguel Gonçalves, 1991)	
		Dislexia	1 Utente	- Entrevista Clínica Semi-estruturada para Crianças e Adolescentes (SCICA) (Araújo, Gonçalves & Teixeira, 1996)	
		Práticas de Estudo	3 Utentes	- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)	
Outros Casos	9 Utentes	- Inventário de Depressão para Crianças (CDI,			
Casos de Enfermaria	2 Utentes				
TOTAL	29 Utentes				

				- Direct Observation Form (DOF) - Desenho da Figura Humana de <i>Goodnough</i> (Harris, 1991). - Observação Directa
TOTAL (Av.+Ob.)		99 Utentes		



ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

De forma sucinta, um Acidente Vascular Cerebral, é considerado um *déficit* neurológico desencadeado por patologia vascular no Sistema Nervoso Central (Pittela & Duarte, 2002; Perea-Bartolomé & Ardila, 2005), ou simplesmente, segundo Junqué & Barroso (1995), é considerado uma anomalia cerebral que resulta de um processo patológico dos vasos sanguíneos (Mazzola, Polese, Schuster & Oliveira, 2007). Na literatura científica este é diferenciado em *Isquémico* ou *Hemorrágico* (*European Stroke Initiative*, 2003; Caldas 2000; Brass, 1993). Estudos relatam serem comuns, em casos de AVC, a ansiedade, a depressão, os perturbações de sono e da função sexual, alterações motoras, sensoriais, cognitivas e de comunicação, e alterações fisiológicas durante actividades físicas (dispneia, angina, hipertensão), que provocam limitações aos indivíduos acometidos por este tipo de patologia (Botrel, Costa, Costa & Costa, 2000; Falcão, Carvalho, Barreto, Lessa & Leite, 2004; Ferro, 2001). As áreas circundantes geralmente são afectadas e designa-se de zona de penumbra isquémica (Ferro & Pimental, 2004). A oclusão ou hipoperfusão do vaso cerebral envolvido provoca alterações na irrigação sanguínea, conduzindo a um processo de necrose neuronal que se propaga em poucos minutos na zona antes irrigada (Castillo, 2000). A oclusão do vaso sanguíneo pode ser provocada a uma formação nas paredes dos vasos sanguíneos que interrompe o normal fluxo sanguíneo – *trombose* – ou a um coágulo ou outro tipo de material proveniente de qualquer parte do corpo e que circula na corrente sanguínea, obstruindo um vaso de menor calibre – *êmbolo* (León-Carrión, 1995). A diminuição do fluxo sanguíneo que se verifica poderá ainda explicar-se por uma inflamação dos vasos (vasculite) ou endurecimento das artérias (arterioesclerose) (Harboe-Gonçalves, Vaz & Buzzi, 2005; Perea-Bartolomé & Ardila, 2005). Quanto aos factores de risco, verifica-se uma maior probabilidade de ocorrência de acidentes vasculares, em indivíduos que apresentam hipertensão, diabetes, aterosclerose, cardiopatias, tabagismo, etilismo e sedentarismo (Mazzola *et al.*, 2007; Rodrigues, Sá & Alouche, 2004; Rudd & Oife, 2002; Fukujima & Martinez, 1999). O Acidente Vascular Cerebral do tipo Hemorrágico resulta de uma ruptura de um vaso possibilitando o extravasamento do sangue para o parênquima cerebral. As duas principais causas são a hipertensão arterial e a ruptura de aneurisma (Perea-Bartolomé & Ardila, 2005).

As sequelas físicas e cognitivas associadas a um AVC verificam-se, no entanto alterações a nível emocional, que se organizam em perturbações psiquiátricas (e.g., depressão *major*) (Hackett, Yapa,

Parag & Anderson, 2005; Hackett & Anderson, 2005; Pariel-Madjlessi, Pouillon, Robcis, Sebban, Fremont & Belmin, 2005; Miller, 2004; Price, 1999) também surgem, sendo que o debate envolto da díade depressão: causa *versus* consequência de um AVC ainda prevaleça (Williams, 2005).

CASO DE AVALIAÇÃO

CASO Nº 1

Identificação Sumária

Nome: L.P.A. **Sexo:** Masculino **Idade:** 57 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Estado Civil:** Casado **Profissão:** Hotelaria **Dominância Manual:** direita **Residência:** São Martinho – Covilhã **Número de sessões de Avaliação Neuropsicológica realizadas:** 4 Sessões **Motivo de avaliação:** pedido efectuado pelo Médico da Unidade AVC's para avaliação das funções cognitivas em doente com doença cerebrovascular.

TESTES UTILIZADOS

- Mini Mental State Examination (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)
- Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)
- Escala de Depressão Geriátrica (GDS, Yesavage *et al.*, 1983)
- Teste do Relógio
- Séries de Luria
- Entrevista semi-estruturada
- Tarefas de Fluência Verbal
- Teste da Figura Complexa de Rey

ESTADO DE CONSCIÊNCIA E ATITUDE NA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO:

- Apresenta-se orientado espaço-temporalmente e auto e alo-psiquicamente, sem evidência de défice cognitivo (MMSE = 28 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30, para um nível de educação académica formal inferior a 11 anos).
- Apresenta-se colaborativo durante todo o processo de avaliação e com humor eutímico.
- Como principais queixas refere esquecimentos, desequilíbrios, agitação psicomotora enquanto dorme, irritabilidade “*com pequenas coisas*” (sic.), menor envolvimento sócio-familiar (“*termina o jantar primeiro que todos e depois vai logo para a sala... nem quando as filhas estão em casa ele está ao nosso lado a conversar*”).

FUNÇÕES MOTORAS – A exploração da capacidade de coordenação do acto motor avaliada através de tarefas *go-no-go* ou conflictivas motoras revela que o paciente manifesta dificuldade no desempenho desta função (*e.g.* toque sequencial dos dedos, abrir e fechar a mão). Quando se pede para realizar as tarefas mais depressa as dificuldades do paciente incrementam. Assim, apenas consegue realizar a tarefa satisfatoriamente quando a realiza devagar. Estas dificuldades na coordenação motora são mais notórias nas tarefas em que é pedido à paciente para dar dois toques com a mão direita e um com a esquerda, e vice-versa, apresentando dificuldade em inibir o acto motor bilateralmente (*e.g.* dá 3 ou 4 toques em vez de 2; em vez de um toque suave, dá um forte, etc.). A capacidade de mimetizar os mesmos movimentos que o avaliador realiza encontra-se bastante afectada, realizando movimentos em espelho. Esta dificuldade incrementa quando se pede para repetir um determinado movimento de olhos fechados e contralateralmente. Apenas por instrução verbal é capaz de realizar satisfatoriamente alguns movimentos.

A capacidade de desenho de figuras geométricas e padrões por cópia e instrução verbal é satisfatória, não se verificando tremor da linha. Na avaliação da *praxis* ideatória e ideomotora, embora o paciente consiga gesticular minimamente o

pedido, o seu desempenho é pouco elucidativo. Quanto às praxias orais, o paciente é capaz de realizar movimentos simples (*e.g.* mostrar dentes) todavia, em movimentos cinestésicos apresenta dificuldade (*e.g.* colocar língua de fora, enrolá-la para cima e colocá-la entre os dentes e o lábio superior, continuando a fazer esta sequência).

FUNÇÕES RÍTMICAS – Globalmente, a percepção de estímulos acústicos e a execução motora de grupos rítmicos encontram-se afectada, não parecendo dever-se a déficits sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim ao padrão de impulsividade referido anteriormente. Tal aspecto acentua-se na capacidade de reprodução de um determinado ritmo, quer por cópia (ouvindo o avaliador a realizar) quer por instrução verbal.

FUNÇÕES TÁCTEIS – A capacidade de reconhecimento de um ponto de estimulação encontra-se algo prejudicada em ambas as mãos. Distingue adequadamente intensidades de estimulação (forte, suave, ponte ou cabeça de alfinete) e direcção de movimentos (cima, baixo, esquerda, direita). Do ponto de vista da estereognosia, revela dificuldades de reconhecimento para letras do alfabeto. O reconhecimento de figuras geométricas e números é satisfatório.

FUNÇÕES VISUAIS – Relativamente à exploração das **funções gnósicas visuais**, nomeadamente o reconhecimento de objectos desenhados em cartão e *in vivo*, este encontra-se perfeitamente normalizado. A capacidade de cópia de estímulos, nomeadamente figuras geométricas e letras encontra-se mantida, embora marcadamente lentificada. Quando confrontada com figuras de objectos desfocados a capacidade de discriminação dos mesmos é afectada (*e.g.* reconhecer desenho de óculos bastante desfocados).

Apresenta grande dificuldade em identificar a parte que compõe um determinado padrão, identificar e colocar horas num relógio. Em suma, o desempenho da paciente em tarefas de organização visuo-espacial encontra-se deficitário essencialmente em tarefas viso-perceptivas complexas.

LINGUAGEM EXPRESSIVA – Quanto à **linguagem expressiva**, de forma global, encontra-se preservada. Exibe um discurso fluente e compreensível por terceiros e sem parafasias. No entanto, quando confrontado com uma tarefa de elaboração de um discurso temático apenas verbaliza algumas palavras. Esta dificuldade é atenuada quando a temática é relativa a aspectos do seu quotidiano (*e.g.* falar sobre o seu dia-a-dia). Nomeia adequadamente objectos apresentados *in vivo* e desenhados, bem como a capacidade de repetição verbal de palavras e frases simples está mantida. Em tarefas de repetição de frases extensas, apresenta dificuldades em repeti-las na sua totalidade. Esta dificuldade parece dever-se a dificuldades no foco da atenção e/ou na memória imediata. A capacidade de reevocar uma história apresentada pelo avaliador é bastante deficitária. O discurso é pobre e os *nós de informação* que reevoca são insatisfatórios.

LINGUAGEM RECEPTIVA – A **linguagem receptiva** encontra-se perfeitamente mantida, sendo capaz de compreender e implementar instruções (*e.g.* apontar para os seus olhos; enunciar se B-P são iguais ou diferentes, *etc.*). No entanto, nas tarefas de audição fonémica que requerem mais acentuadamente a activação da atenção mantida o seu desempenho é mais deficitário (*e.g.* [aponte pela seguinte ordem para o seu olho, nariz, orelha, olho, nariz] *nariz...orelha...olho*). O desempenho do paciente em tarefas com estruturas lógico-gramaticais mais complexas e que requerem a manipulação cognitiva de conteúdos verbais é acentuadamente deficitário. O paciente apresenta lentificação na concretização destas tarefas, para além de ser necessário repetir a instrução várias vezes. Estas tarefas são altamente discriminativas na avaliação de déficits ao nível da atenção e concentração, que são facilmente identificados nas tarefas de memória com interferência que mais à frente são abordadas.

ESCRITA E LEITURA - A capacidade de escrita do paciente encontra-se normalizada para letras, sons, palavras simples e semi-complexas bem como expressões numéricas e algarismos.

CÁLCULO ARITMÉTICO - É capaz de compreender, escrever e reconhecer números, bem como identificar diferenças numéricas (*e.g.* *qual o maior, qual o menor*). Os cálculos aritméticos simples estão mantidos todavia não os complexos (*e.g.* 31-7). É capaz de identificar e integrar sinais aritméticos em operações numéricas, no entanto, no cálculo aritmético em subtracção simples e complexo (*e.g.* 100-7, ...) revela elevada dificuldade.

FUNÇÕES MNÉSICAS - Relativamente às funções mnésicas, **as principais queixas verbalizadas pelo paciente, a memória remota e memória procedimental estão globalmente preservadas.** A capacidade de aprendizagem, medida por meio de uma tarefa de (7) itens não-relacionados enquadra-se fortemente prejudicada, referindo no máximo 4 de um total de 7 palavras. As palavras verbalizadas pelo paciente constituem as primeiras e últimas verbalizadas pelo avaliador, o que sugere a activação de um mecanismo de primazia e recência. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) de informação verbal mediado por um processo de interferência encontra-se marcadamente afectado. Mesmo aquando da repetição das palavras, o paciente revela dificuldade em realizar adequadamente, sendo necessário repetir as palavras.

Estas dificuldades generalizam-se também às tarefas de memória associativa de reevocação de histórias onde o seu desempenho é igualmente deficitário.

PROCESSOS INTELECTUAIS – Quanto aos **processos intelectuais**, os dados da avaliação neuropsicológica revelam um comprometimento de vários processos cognitivos, quer simples quer complexos. Perante tarefas de descrições de estímulos, as suas respostas restringem-se a simples enunciações dos estímulos, não apresentando uma análise integrativa do estímulo. Em tarefas de sequenciação de imagens, o paciente revela-se incapaz de aplicar uma ordem lógica, bem como reconhecer cada um dos estímulos como parte relacionada com o todo.

Por sua vez, em tarefas cujo conteúdo é relativo a aspectos populares mas que têm como objectivo avaliar a capacidade de abstracção, o paciente não é capaz de apresentar uma resposta elaborada em termos de significado do estímulo.

Apesar destas marcadas dificuldades, apresenta desempenhos satisfatórios em tarefas de valores opostos simples (*e.g. Qual a palavra oposta em significado à palavra alto: baixo*) e de identificação de exemplos de uma determinada categoria (sendo que o processo inverso encontra-se prejudicado).

Em tarefas de detecção do absurdo em frases, a paciente apenas consegue identificar mediante a apresentação de frases simples e não complexas.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

O paciente surge nas várias sessões acompanhado pela esposa que participa conferindo informação clínica relevante. No momento da avaliação apresenta-se orientado espacio-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, mostrando-se colaborativo durante todo o processo, apresentando concomitantemente um humor eutímico caracterizado por sucessivas interrupções para verbalizar comentários e sorrir. O processo de Avaliação Neuropsicológica iniciou-se com a exploração do estado de equilíbrio e da marcha através da realização de provas que se enquadram no exame neurológico sumário (*eg. teste de dismetria, prova de Romberg, marcha em tandem etc.*), sendo-nos possível verificar que o paciente apresenta desequilíbrios bastante acentuados (prova de Romberg positivo), sendo caracterizados por inclinações para a frente e para os lados. A realização do teste da dismetria revela sinal negativo, sendo o paciente capaz de realizar satisfatoriamente a tarefa. Pela exploração da marcha, devido a dificuldades de equilíbrio, o paciente revela acentuadas dificuldades de locomoção, sendo mesmo incapaz de o fazer de olhos cerrados.

Pelo conjunto de testes administrados, foi possível verificar que as principais dificuldades do paciente encontram-se ao nível das funções motoras, e de modo mais acentuado ao nível das funções mnésicas. Ao nível motor, para além das dificuldades supramencionadas, o paciente apresenta prejuízo de execução do acto motor, sendo evidente em ambos os membros distais superiores, revelando movimentos bradicinésicos e espasmódicos. Pela exploração da capacidade de coordenação bimanual em simultâneo, (através de tarefas conflictivas), verifica-se um prejuízo significativo no seu desempenho, caracterizando-se por movimentos descoordenados. Quando se pede para realizar as tarefas aumentando a velocidade as dificuldades do paciente são incrementadas, verificando-se assim movimentos bradicinésicos. Na forma mais simples do *Teste de Ozeretskii*, verifica-se que compreende novamente a instrução dada, mas ao executar o movimento apresenta descoordenação, ou seja, não consegue executá-lo como demonstrado pelo avaliador (levanta os indicadores em simultâneo, sem os coordenar entre si). Verifica-se ainda, que na tarefa de virar de forma alternada as

mãos, o paciente compreende a instrução, todavia não conseguem manter o padrão, o que conseqüentemente há uma falha na sua execução. Embora, inicialmente, conseguir executar a instrução dada, posteriormente não acompanha o movimento. Nesta tarefa em específico, após a exemplificação por parte do avaliador, por imitação, o paciente consegue, porém posteriormente não consegue manter o padrão de movimento pretendido e realiza um movimento no qual a mão direita e esquerda convergem para o mesmo lado. Face a este desempenho insatisfatório o paciente revela não possuir juízo crítico e *insight*, pois refere que não apresenta qualquer dificuldade na execução e coordenação dos movimentos motores. A capacidade de mimetizar os mesmos movimentos que o avaliador realiza encontra-se ligeiramente afectada, realizando movimentos em espelho, devido em grande parte a mecanismos de impulsividade (muitos dos erros que o paciente apresenta em várias tarefas estão directamente relacionados com este padrão de impulsividade) dificuldade de focalização na tarefa, generalizando-se este aspecto para a maioria das provas efectuadas (sendo necessário o avaliador repetir sistematicamente as instruções para cada tarefa). Na avaliação da *praxis* ideatória e ideomotora, embora o paciente consiga representar a acção motora requisitada, o seu desempenho é pouco elucidativo. Quanto às *praxias* buco-articulatórias, a paciente é capaz de realizar movimentos simples, todavia em movimentos cinestésicos apresenta dificuldade continuando a realizar esta sequência. Na percepção de estímulos acústicos e na execução motora de grupos rítmicos o paciente apresenta um desempenho ligeiramente satisfatório, em que os pequenos erros que comete não estão relacionados com déficits sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim ao padrão de impulsividade referido anteriormente. A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela que o paciente apresenta ligeiras dificuldades em discriminar pontos de estimulação (acabando por identificar por aproximação, todavia quando estimulada as extremidades das mãos verificava-se um exacerbar das dificuldades visto que o paciente revelou maior dificuldade em identificar os pontos). Igualmente a capacidade de discriminação da ponta/cabeça de um alfinete, toques suaves/fortes encontra-se afectada de forma similar ao descrito no parágrafo anterior. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se afectada em ambos os membros superiores distais. A avaliação da função estereognósica revela que o paciente não apresenta dificuldade em reconhecer figuras geométricas e números, todavia, apresenta dificuldades na discriminação de letras bem como, apresenta elevados períodos de latência na sua discriminação.

Relativamente às funções mnésicas, a memória remota, episódica e memória procedimental estão globalmente preservadas. Pela administração de uma tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados verifica-se o exacerbar das dificuldades do paciente quanto aos processos mnésicos; nomeadamente nesta tarefa o paciente ao longo dos vários ensaios é incapaz de re-evocar todos os itens (apenas quatro). Deste modo, ao longo dos ensaios a capacidade de aprendizagem é marcadamente insatisfatória, pois não se verifica consistência da evocação da informação. Por sua vez, apresenta elevados períodos de latência na re-evocação dos itens. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se fortemente deficitário, quer para palavras quer para frases. O desempenho em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias e de imagem-palavra encontra-se igualmente afectado. Globalmente recorda-se apenas das personagens de uma história (*memória associativa auditivo-verbal*) e em sete pares de palavras-imagens associadas (*memória associativa visuo-verbal*), apenas evoca correctamente duas associações. Relativamente à memória imediata (Span de dígitos), o paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que só consegue evocar um conjunto de 4 dígitos (em Forward). Na realização da prova de dígitos em sentido inverso (Backward), no qual parece estar implicado mecanismos de atenção e concentração, as dificuldades do paciente tornam-se mais evidentes, na medida em que, apenas consegue executar correctamente a inversão de 2 dígitos na sequência correcta. A avaliação dos processos intelectuais revela que o paciente apresenta reduzida capacidade de compreensão de desenhos temáticos, de sequenciação de estímulos, bem como de resolução de problemas e de raciocínio. A capacidade de diferenciação, comparação e de estabelecer relações lógicas entre conceitos encontra-se prejudicada. A avaliação da fluência verbal aponta para desempenhos pobres. Numa tarefa de evocação de exemplos de uma categoria durante um minuto o paciente enuncia 6 nomes (categoria Frutos/Vegetais) e quanto a palavras começadas pela palavra **p**

refere correctamente 6. No teste do relógio, o paciente é capaz de identificar correctamente quantos números existem no relógio, no entanto, aquando da colocação dos números não os organiza correctamente no espaço, embora reconheça que realiza a tarefa erradamente (Figura 2).

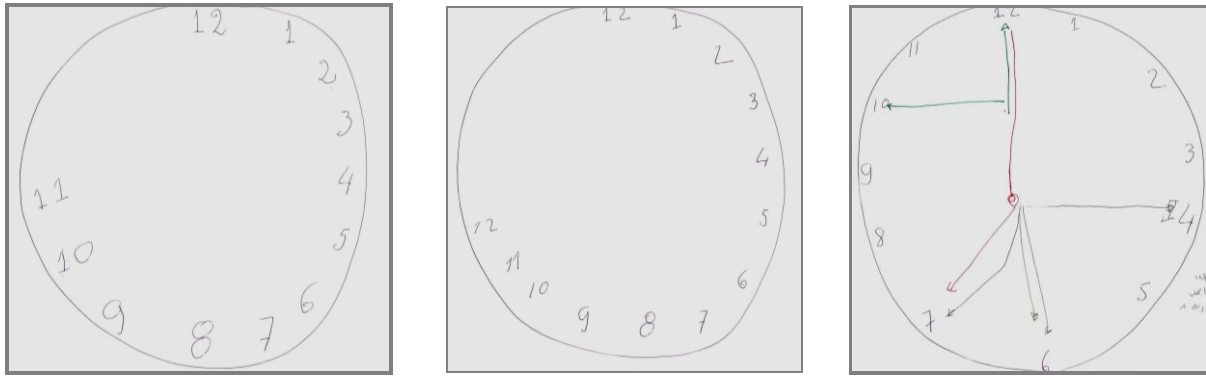


Figura 2. Alguns exemplos do desempenho do paciente no Teste do Relógio

Apesar de ter realizado 4 vezes a tarefa, não apresenta um desempenho final totalmente satisfatório. Estes dados são sugestivos não de afecção visuo-espacial mas afecção dos mecanismos atencionais. A própria colocação de uma determinada hora no relógio é bastante elucidativa dos referidos deficits (Figura 2).

Quanto à execução nas Séries Gráficas de Luria apresenta um desempenho satisfatório, na medida em que, mantém a execução tendo em consideração o padrão previamente realizado bem como a respectiva regra (Figuras 3 e 4).

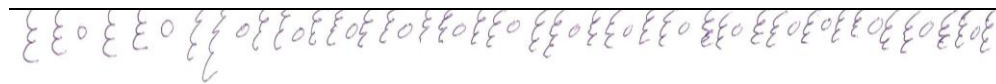


Figura 3. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria (Forma A)

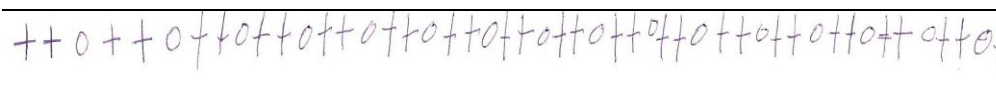


Figura 4. Desempenho do pacientes nas Séries Gráficas de Luria (Forma B)

INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNOSTICA

Pelo conjunto de testes administrados, foi possível verificar que as principais dificuldades do paciente encontram-se ao nível das funções motoras, e de modo mais acentuado ao nível das funções mnésicas. Neste sentido, e tendo em consideração as funções motoras, o paciente apresenta prejuízo de execução do acto motor, sendo evidente em ambos os membros distais superiores, revelando movimentos bradikinésicos, espasmódicos e descoordenados. Apresenta marcadas dificuldades (bilaterais) em discriminar pontos de estimulação somatosensorial (em ambos os membros distais superiores) e na discriminação simultânea de dois pontos. O paciente apresenta um discurso pobre em termos de conteúdo, sendo que esta dificuldade acentua-se em tarefas temáticas (comentar uma frase ou um estímulo).

Tanto ao nível da escrita como da leitura, os desempenhos do paciente afiguram-se mais deficitários em tarefas mais complexas do ponto de vista sintáctico-semântico, fortemente influenciados pela baixa escolaridade do paciente.

Quanto aos processos atencionais verifica-se que o paciente apresenta dificuldades de monitorização da atenção na realização de determinadas tarefas, bem como na focalização da atenção em determinados pormenores específicos que possibilitam a integração e a construção de uma imagem como um todo. Assim, do ponto de vista das funções cognitivas, os dados sugerem uma flutuação da atenção e concentração na realização das provas. Este aspecto parece interferir em outras funções como a memória e funções executivas. Em tarefas de memória, nomeadamente na evocação de itens não relacionados, o seu desempenho é insatisfatório, na medida em que re-evoca apenas quatro itens num total de sete. Embora exista capacidade de aprendizagem, esta ocorre de uma forma flutuante e pouco consistente, não se verificando uma organização da informação armazenada (mas antes uma aleatoriedade). De igual modo, em tarefas de memória

associativa o paciente apresenta o mesmo padrão de desempenho insatisfatório, dado que, apresenta dificuldades em re-evocar palavras associadas ao emparelhamento de imagens. Apresenta dificuldades acentuadas essencialmente em tarefas de memória imediata quando acometida por processos de interferência (seja retroactiva como proactiva). Para além de se ter verificado em provas estruturadas, encontra-se patente no dia-a-dia sendo confirmado por terceiros (esposa). A nível da memória visuo-constructiva verificou-se uma lentificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-constructivas, nomeadamente na integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível (Figura 5).

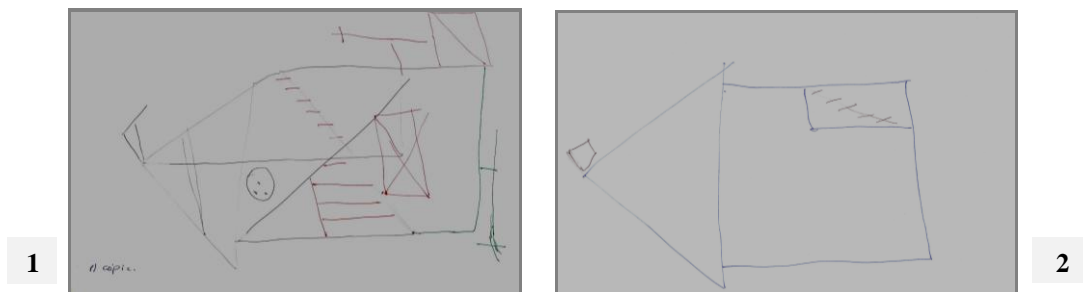


Figura 5. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey (1 – Cópia, 2 – Memória)

A avaliação das **funções** tipicamente **frontais (Funções executivas)**, revelam que o paciente tem dificuldade marcada na pré-programação e monitorização de respostas, que associadas aos deficits de memória, não só geram uma resposta impulsiva e inatenta (e por isso errada) como uma perda da instrução conferida. Quanto aos processos intelectuais, o paciente apresenta respostas que parecem ser consonantes com um funcionamento cognitivo pouco elaborado, sustentado não só pela baixa escolaridade como também área profissional do paciente (hotelaria).

Os dados da Avaliação Neuropsicológica conjugados com a informação concedida pelo próprio paciente, indicam que as suas principais dificuldades situam-se ao nível de funções motoras e, mais acentuado, ao nível mnésico, com relativa manutenção dos domínios cognitivos avaliados.

SUGESTÃO TERAPÊUTICA

Tendo em consideração todos os resultados apresentados na Avaliação Neuropsicológica, nomeadamente os vários deficits neurológicos subjacentes, consideramos pertinente o encaminhamento ou avaliação do paciente em consulta de neurologia.

DETERIORO COGNITIVO E DEMÊNCIAS

DETERIORO COGNITIVO

Um conceito que é usualmente considerado no processo de envelhecimento, é o de deterioro cognitivo, sendo este definido pelo conjunto de alterações nas capacidades mentais superiores, manifestando-se habitualmente em alteração ou até mesmo decréscimo das capacidades/habilidades próprias que fazem parte do reportório funcional do indivíduo. Estas alterações, podem ser reversíveis ou crónico, focal (restrito a uma área) ou difuso (a vários níveis), ou seja, afectar uma função mental isolada ou pelo contrário, afectar um conjunto de funções que se encontram relacionadas entre si (Peña-Casanova, 1995 *cit. in* Franco & Criado, 2002). O Deterioro Cognitivo Leve (DCL), em meados do século passado, era considerada como uma alteração diferenciada da memória,

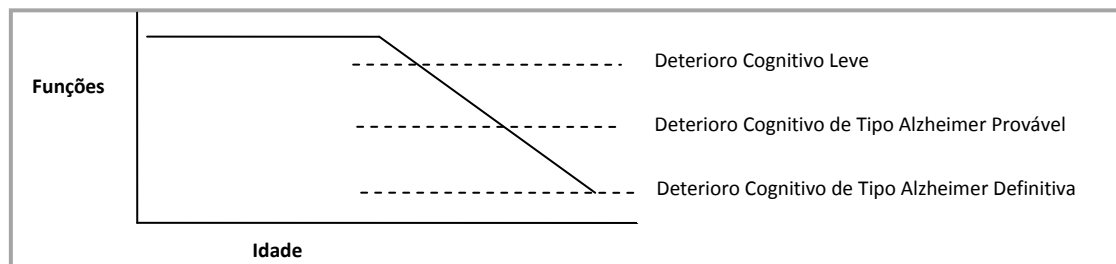
posteriormente outros autores elaboraram diferentes nomenclaturas para um conceito quase nosológico, tais como deterioro mnésico associado à idade. No entanto, no final dos anos 90, surge o conceito de Deterioro Cognitivo Leve definido por Petersen, Smith, Waring, Ivanik, Tangelos & Kokmen (1999) (Quadro 2).

Quadro 2. Critérios de Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve, adaptado de Petersen, Smith, Waring, Ivanik, Tangelos & Kokmen (1999)

<i>Critérios de diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (amnésico)</i>
Queixas de fala na memória, sustentadas por significativos;
Rendimento cognitivo geral normativo
Evidência objectiva de déficits de memória inferior a 1.5 de desviações em relação à média de idade
Ausência de déficits funcionais relevantes em actividades de vida diária
Ausência de critérios diagnósticos de demência.

Tendo em conta a Quadro 2, bem como segundo Bischkopf, Busse & Angermeyer (2002), o Deterioro Cognitivo Leve é o estado entre as funções cognitivas normativas e a demência num estado inicial. Os sujeitos apresentam um desempenho normativo nas actividades de vida diária, sendo esta característica fulcral na distinção entre deterioro cognitivo leve e demência. É importante assinalar que o critério para o deterioro cognitivo leve é importante na medida em que define o estado clínico entre o idoso normativo e a demência (Figura 6).

Figura 6. Evolução do Deterioro Cognitivo, adaptado de Peterson, Stevens, Ganguli, Tangelos, Cummings & DeKosky, 2001).



Considerando os critérios de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (APA) (2002), a demência caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma variedade de *déficits* que abrangem o comprometimento da memória e pelo menos de uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo (Barbizet & Duizabo, 1978). Associado à severidade dos *déficits*, encontra-se comprometido o funcionamento ocupacional, familiar e social, bem como expressar um declínio em relação a um estado pré-mórbido de funcionamento. Tal como referido anteriormente, um dos sintomas mais premente para o seu diagnóstico, é representado pelos *déficits* mnésicos que se caracteriza por dificuldades na aprendizagem de nova informação ou esquecimentos de outra já apreendida previamente (Spaan, Raaijmakers & Jonker, 2005; Mack, Eberle, Frölich, et al., 2005). A dificuldade primária de memória mais frequente e em termos práticos é expressa nos esquecimentos quotidianos tais como: esquecer-se da comida a cozinhar, esquecimentos de objectos (*e.g.*, pequenos objectos, carteira, chaves de casa, *etc.*), desorientação espacial em locais familiares, esquecimento de nomes de pessoas conhecidas,

entre outros aspectos (Moss, Cappelletti, Davies *et al.*, 2000). Associados às dificuldades mnésicas, o paciente pode manifestar concomitantemente dificuldade na compreensão da linguagem falada (Hodges & Patterson, 1996); escrita (Graham, 2000; Hughes, Graham, Patterson, *et al.*, 1997); a deterioração das funções da linguagem (afasia), como por exemplo, anomia (dificuldades em nomear nomes de pessoas, objectos, localidades, *etc.*). A nível motor poderá ser afectado na forma de execução de actividades, podendo os pacientes evidenciar apraxia construtiva, ideatória, do vestir, ideomotora, entre outras (Luchelli, Lopez, Faglioli, *et al.*, 2004; Kramer & Duffy, 1996). Para além das alterações ao nível das praxias, verifica-se também dificuldades no reconhecimento ou na identificação dos objectos (sem evidencia de déficit sensorial), ou seja as agnosias, também podem ocorrer e manifestarem-se através da incapacidade do paciente reconhecer objectos comuns, familiares e a si próprio (em fotografia ou espelho) (Funnell, 2000; Kramer & Duffy, 1996). A nível executivo, é também frequente a afecção, o que poderá estar subjacente à lesão das regiões frontais ou vias subcorticais associadas (Greene, Hodges & Baddeley, 1995). Este tipo de funções são importantes no dia-a-dia e permitem a capacidade de planear, iniciar, sequenciar, monitorizar, finalizar e pensar abstractamente sobre o problema (Gil, 2004).

CASO DE AVALIAÇÃO

CASO Nº 2

Identificação Sumária

Nome: A.R.S. **Sexo:** Feminino **Idade:** 75 anos **Escolaridade:** Ilustrada **Estado Civil:** Viúva **Profissão:** Reformada
Residência: Colmeal da Torre **Dominância Manual:** Direita **Número de sessões realizadas:** 3 Sessões **Motivo de avaliação:** pedido efectuado pelo Médico Neurologista para avaliação do deterioro cognitivo.

TESTES UTILIZADOS

- Entrevista semi-estruturada
- Mini Mental State Examination (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)
- Teste do relógio
- Séries de Luria
- Figura complexa de Rey
- Geração de Palavras por categorização semântica
- Prova de Dígitos
- Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)

ESTADO DE CONSCIÊNCIA E ATITUDE NA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO:

Segundo a familiar (neta) que acompanhou a paciente às consultas, bem como, a própria paciente, referem-nos que as suas principais dificuldades se situam ao nível da orientação espaço-temporal, bem como, em dimensões de orientação tanto autopsíquica como alopsíquica (e.g. não sabe o seu próprio nome, o das filhas, a sua data de nascimento, a sua idade, etc); exacerbando-se na ocorrência de períodos confusionais. Todavia, em comorbidade com esta dificuldade, a paciente refere ainda a ocorrência de esquecimentos recorrentes quanto à localização de alguns objectos (e.g. onde colocou as chaves, os produtos alimentares, etc.), ao qual refere se terem exacerbado desde o ultimo episódio de urgência que foi

acometida em 20/03/2006, relacionado com episódio confusional agudo. A paciente apresenta-se colaborativa durante todo o processo de avaliação, apresentando um facies triste, associado a um humor distímico.

INFORMAÇÃO CLÍNICA RELEVANTE

No dia 19 de Março de 2006 a paciente foi acometida por períodos súbitos de desorientação espaço-temporal, bem como auto e alo-psiquicamente. Este quadro, caracterizou-se por um estado confusional agudo, em que a paciente apresentava um discurso desconexo, incongruente e carente de sentido, referindo que *“por vezes queria falar e não conseguia”* sendo incapaz de seguir o trilho verbal das conversas, apesar de ter consciência de que o que dizia era incongruente com a pergunta que lhe tinha sido efectuada previamente. Neste período confusional, a paciente deixou de reconhecer os familiares, tendo em comorbilidade a presença de cefaleias intensas. Tendo em conta este quadro semiológico, a paciente foi hospitalizada no Centro Hospitalar Cova da Beira no dia 20 de Março de 2006, apresentando como queixas principais a presença de um *“discurso desconexo e perdas de memória, em comorbilidade com intensas cefaleias”*, tendo sido diagnosticada com um possível síndrome demencial. Segundo a familiar que acompanha a paciente (neta), este estado confusional agudo, teve uma recuperação gradual em 8 dias, referindo que até à actualidade esse estado súbito confusional nunca mais voltou a ocorrer. Pelo episódio de urgência, a paciente foi encaminhada para o serviço de neurologia e psiquiatria, sendo neste último serviço prescrita uma determinada medicação à qual a paciente não aderiu, não cumprindo assim o tratamento devido a um mau-estar sentido (náusea).

Segundo a familiar, a paciente tem um historial clínico de vários internamentos no serviço de cardiologia (sendo o último internamento em 2005), referindo-nos a presença de arritmias.

RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Pela avaliação do seu estado mental através da administração do MMSE, quantitativamente a paciente apresenta uma pontuação de 18 (ponte de corte para défice cognitivo com iliteracia de ≤ 15). Todavia, para uma análise qualitativa dos vários constructos que compõem o MMSE, verifica-se um prejuízo mais acentuado ao nível da orientação temporal (e.g. não sabe o ano, mês, dia em que se encontra) e menos evidente a nível espacial (e.g. não sabe o andar onde se encontra, todavia sabe o país, distrito e terra onde vive), todavia, por informação recolhida pela familiar que a acompanha, a paciente é incapaz de se orientar sozinha em qualquer local onde se encontre, sendo necessário ser acompanhada para qualquer sítio onde se desloca. Do ponto de vista da orientação auto psíquica a paciente apresenta-se desorientada tendo dificuldade em evocar o seu próprio nome e idade, data de nascimento; e alo-psiquicamente em que não se recorda do nome das filhas, as suas idades, etc. Relativamente à linguagem expressiva, no momento da avaliação, a paciente revela um discurso conversacional coerente, fluente, sem parafasias (verbais e semânticas) ou disartria. A sua capacidade de repetição parece estar preservada para palavras e frases simples, todavia para palavras e frases mais complexas parece apresentar maiores dificuldades. Compreende instruções simples apresentadas pelo avaliador, embora em instruções mais complexas revele dificuldades que implicam a ajuda sistemática do avaliador. Estes erros de desempenho parecem estar relacionados com a sua iliteracia, na capacidade de manter a sua atenção e concentração na execução das tarefas, bem como, dificuldades de audição normativas para a sua idade. A fluidez e automatização da fala encontram-se normalizadas tanto em sentido anterógrado como retrógrado. A avaliação da fluência verbal aponta para desempenhos adequados. Numa tarefa de evocação de exemplos de uma categoria durante um minuto a paciente enuncia 15 palavras para a categoria animais. Em actividades que implicam a monitorização e manutenção da atenção na execução da tarefa (e.g. 30 menos 3 e assim, consecutivamente), o seu desempenho é ligeiramente deficitário, o que nos sugere que os erros que apresenta sejam por défice de monitorização atenção e não por dificuldades de destreza aritmética.

Relativamente às **funções mnésicas** – as principais queixas verbalizadas pela paciente – verifica-se que pela administração de uma tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados ocorre uma aprendizagem ao longo

dos vários ensaios, em que a partir do quarto ensaio ocorre consistência da evocação da informação, re-evocando todos os itens (**Quadro 3**).

Quadro 3. Desempenho da paciente em tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados

Casa	Bosque	Gato	Noite	Mesa	Agulha	Tarte
X	X	X	⊙	X	X	X
⊙	⊙	⊙	X	X	X	⊙
⊙	⊙	⊙	X	⊙	⊙	⊙
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙

⊙ - evocação correcta
X - não evocação

Neste sentido, acrescenta-se ainda que a paciente é acometida por um processo de interferência, e seguidamente se solicita novamente a re-evocação dos 7 itens não relacionados apreendidos anteriormente, o desempenho da paciente é satisfatório na medida em que os consegue re-evocar. Relativamente à evocação de itens por emparelhamento de imagens (memória associativa), o desempenho da paciente apresenta-se relativamente prejudicado, re-evocando correctamente apenas três palavras de sete possíveis (**Quadro 4**).

Quadro 4. Desempenho da paciente em tarefa de evocação de itens por emparelhamento de imagens.

Imagem 1	Energia	X	✓ - Evocação
Imagem 2	Trabalho	✓	X - Não evocação
Imagem 3	Viagem	✓	
Imagem 4	Feliz	X	
Imagem 5	Família	✓	
Imagem 6	Projecto	X	
Imagem 7	Poluição	X	

Relativamente à memória imediata (Span de dígitos), a paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que só consegue evocar um conjunto de 3 dígitos (**Quadro 5**). Na realização da prova de dígitos em sentido inverso (**Quadro 6**), no qual parece estar implicado mecanismos de atenção e concentração, as dificuldades da paciente tornam-se mais evidentes, na medida em que, apenas consegue executar correctamente a inversão de 2 dígitos na sequência correcta.

Quadro 5. Desempenho em sentido directo (Forward)

1 - 5	1 - 5
3 - 2	3 - 2
5 - 9 - 4	5 - 9 - 4
7 - 2 - 5	7 - 2 - 5
4 - 3 - 6 - 1	4 - X - 6 - 1
7 - 9 - 4 - 8 - 5	7 - 9 - X - 8 - X

X - não evocação do dígito

Quadro 6. Desempenho em sentido inverso (Backward)

3 - 1	1 - 3
4 - 5	5 - 4
7 - 3 - 9	9 - 7 - 1
2 - 5 - 1 - 3	1 - 5 - 2 - X
4 - 8 - 5 - 2	2 - 4 - 8 - 2
3 - 9 - 1 - 7	9 - 7 - 3 - 1
4 - 2 - 8 - 3 - 5	8 - 2 - 4 - X - X

Na realização do teste do relógio, a paciente sabe quantos números existem no relógio, no entanto, aquando da colocação dos números organiza satisfatoriamente os números no espaço, não sendo dispostos de forma totalmente rigorosa. A colocação das horas é deficitária, não conseguindo colocar correctamente todas as horas solicitadas (e.g. 11:10, 12:00). Todavia, quando solicitada para identificar as horas o seu desempenho é satisfatório.

Relativamente ao seu desempenho na Figura Complexa de Rey (por Cópia) este caracteriza-se por uma lentificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-construtivas. Neste sentido, foi necessário a colaboração do avaliador para auxiliar a realização da tarefa, nomeadamente na focalização da atenção em determinados pormenores da figura, facilitando a integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível. Por sua vez, quanto ao seu desempenho na realização dos 2 pentágonos intersectados do MMSE (Habilidade Construtiva).

Quanto à sua execução nas Séries Gráficas de Luria (na sua versão mais simples ++ 0 ++ 0...) a paciente apresenta um desempenho satisfatório, na medida em que, mantém a execução tendo em consideração o padrão previamente realizado bem como a respectiva regra.

INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNOSTICA

Relativamente aos dados da Avaliação Neuropsicológica, estes revelam um prejuízo significativo a nível das várias dimensões da Orientação, seja ela temporal, espacial, auto e alo-psíquica. Estas dificuldades parecem exacerbar-se com a ocorrência de períodos confusionais que, por vezes, esta paciente é acometida. Quanto aos processos atencionais verifica-se que a paciente apresenta dificuldades de monitorização da atenção na realização de determinadas tarefas; bem como, na focalização da atenção em determinados pormenores específicos que possibilitam a integração e a construção de uma imagem como um todo. A paciente em tarefas de memória, nomeadamente na evocação de itens não relacionados, o seu desempenho é satisfatório, na medida em que, re-evoca todos os itens após o terceiro ensaio, verificando-se assim uma aprendizagem gradual durante a realização da tarefa. Todavia, nas tarefas de memória associativa o seu desempenho é insatisfatório, dado que, a paciente apresenta dificuldades em re-evocar palavras associadas ao emparelhamento de imagens. Nas tarefas de memória imediata apresenta o mesmo padrão de dificuldade, sendo apenas o resultado no *Span* de dígitos igual a 3, revelando um padrão pobre de retenção da informação, quando esta é mantida por mecanismos que envolvam a activação da memória operativa ou de trabalho.

Relativamente às suas habilidades visuo-construtivas, o seu desempenho é bastante deficitário, na medida em que, é incapaz de conceptualizar uma imagem no espaço integrando todos os seus pormenores de modo a formar um todo coerente, construindo uma imagem simples e pobre de conteúdo.

DEMÊNCIA TIPO ALZHEIMER

De acordo com a literatura, trata-se de uma doença neurodegenerativa em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta (Barreto, 2005; Guerreiro, 2005). Consequentemente, as suas manifestações são a princípio insidiosas e escapam muitas vezes às pessoas que convivem com o enfermo (Barreto, 2005). Os primeiros sintomas da demência de Alzheimer aparecem usualmente após os 65 anos; nos estágios iniciais da doença, o doente demonstra dificuldade em pensar com clareza, vai perdendo progressivamente capacidade de introspecção e crítica e vai negando ou minimizando as suas incapacidades (Barreto, 2005).

Quadro 7. Características habituais de cada fase na Demência Tipo Alzheimer, adaptado Barroso (2005, p. 20-34).

FASE INICIAL	FASES MAIS AVANÇADAS	FASE TERMINAL
FALHA DE MEMÓRIA	- As alterações cognitivas acentuam-se e acabam por impedir qualquer autonomia pessoal.	- A agitação diminui e a inércia aumenta.
- Dificuldades em recordar factos recentes (embora se recorde acontecimentos antigos). - Dificuldades em evocar pormenores dos acontecimentos (e.g. data, local). - Incapaz de recordar um facto ocorrido bem há pouco (e.g. a meio de uma viagem pergunta: “como é que eu vim aqui parar?” ou “o que estamos aqui a fazer?”) - Falta de reconhecimento de parentes.	APRAXIA	- O doente entra em total mutismo e raramente dá sinal de reconhecer pessoas. - Alimentação complica-se, podendo ser necessário recorrer a sonda. - Incontinência (se não surgiu antes, instala-se agora).
DESORIENTAÇÃO	AGNOSIA	- Deixa de ter reflexos de marcha, perde a postura erecta e acaba confinado ao leito.
	- Dificuldade em interpretar uma informação sensorial levando à incapacidade de reconhecer os objectos, de identificar sons e cheiros, etc.	- Atrofia muscular, paralisia e contracturas.
	AFASIA	

- Perde-se na rua, primeiro em lugares onde não vai há muito ou que tiveram modificações recentes e posteriormente, sítios familiares (e.g. dentro de casa)	- Linguagem restrita a poucas palavras.	- Complicações médicas acentuam-se (e.g. obstipação tenaz, infecções respiratórias ou urinárias, úlceras de decúbito).
- Noção do tempo (e.g. confunde o ano e o mês, depois o dia da semana).	- Pouco a pouco perde a capacidade de comunicar verbalmente com os seus.	- Deixa de reagir a estímulos e a vida torna-se praticamente vegetativa.
LINGUAGEM	DISTORÇÕES PERCEPTIVAS	
- Dificuldades de nomeação , em denominar correctamente o nome das coisas (fazendo paráfrases) (e.g. “aquilo com que se escreve”).	- Alucinações (e.g. vê pessoas que não existem, diz que há intrusos na casa).	
- Princípio da afasia nominal , faltam as palavras e a fala perde fluência	- Perde a capacidade de se identificar ao espelho.	
- Discurso impreciso, perde o trilho verbal e divaga sem saber voltar ao ponto em que estava. Outras vezes retoma o mesmo ponto quando a conversa já vai noutra assunto (Perseveração)	- Confunde as imagens da televisão e até as fotos da capa de revistas com seres realmente presentes, que lhe causam apreensão e medo.	
- Pensamento concreto , com dificuldade de entender provérbios (e.g. “Quem tudo quer tudo perde?”)	- Acusa os familiares de o ter sequestrado.	
RESOLUÇÃO de PROBLEMAS	FENÓMENOS DELIRANTES	
- Capacidade de resolver problemas vai-se perdendo rapidamente	- Acredita estar a ser roubado e que o conjugue tem actos sexuais com outras pessoas em casa.	
- Dificuldades em fazer cálculos, confunde as moedas e os preços, toma decisões absurdas	- Tornam-se hostis, com atitudes de agressividade, gritos e até violência.	
PERSONALIDADE	- Deambulação (e.g. desloca-se pela casa sem objectivo aparente)	
- Alterações subtis da personalidade, egocentrismo, desinibição, embotamento do sentido ético.	PERTURBAÇÃO SONO – VIGÍLIA	
- Perde a compostura habitual e comete deslizes que nunca antes se verificava.	- Desperto longas horas durante a noite e adormece curtos períodos durante o dia.	
- Realiza comentários inadequados e usa termos impróprios, sem notar o efeito que provoca nos outros	- Sono nocturno é pouco profundo e não repousante.	
- Pode ser sugestionado por pessoas sem escrúpulo a fazer dádivas escandalosas ou negócios ruinosos		
VIDA SOCIAL		
- Vai-se tornando caótica		
- Se ainda trabalha, comete erros cada vez mais graves, de que não parece compreender o alcance.		
- Pouco a pouco vai-se desprendendo das suas obrigações sociais (e.g. pagar a quem deve)		
ARRANJO PESSOAL		
- Despreocupação pelo vestir e pela higiene.		
- Não muda de roupa, esquece ou não quer lavar-se.		
- Se vive só, a casa torna-se uma desarrumação e sujidade.		
- Se tem animais, esquece-se de os alimentar		
PERTURBAÇÕES de HUMOR		
- Frequente que o paciente mostre um certo grau de ansiedade e insegurança		
- Humor geralmente pessimista (e.g. “ao que eu cheguei!”).		
- Pode a depressão instalar-se com gravidade, o paciente tem crises de choro e ideação suicida.		
- Apatia progressiva (e.g. desinteresse por tudo o que antes gostava).		

Algumas escalas de avaliação permitem delinear o estágio em que o doente se encontra. As duas mais conhecidas são a **Escala Global de Deterioração (GDS)**, de Reisberg e seus colaboradores (1982 e 1986) e a **Avaliação Clínica da Demência (CDR)**, de Huges, Berg e seus colaboradores (1982), revista por Morris em 1993. Estes instrumentos existem em versão portuguesa devidamente autorizada, publicada pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência em 2003 (Barroso, 2005).

Relativamente aos sete estádios da deterioração (adaptado de Reisberg, 1982), estes caracterizam-se pelo seguinte:

- ✧ **Estádio 1: Normalidade** – Não há queixas de defeito de memória.
- ✧ **Estádio 2: Queixas subjectivas** – o indivíduo começa a referir que se esquece frequentemente de nomes ou do local onde colocou objectos. Existe consciência do problema, mas não se encontra um defeito objectivo consistente no trabalho ou nas situações sociais.
- ✧ **Estádio 3: Ligeiro defeito de memória** – surgem defeitos bem definidos no desempenho social ou familiar. O indivíduo esquece o nome de pessoas próximas, retém pouco após a aprendizagem, esquece ou deita fora objectos de valor e pode perder-se em lugares não familiares. A depressão é frequente. Pode começar a manifestar-se o fenómeno da negação: a pessoa minimiza os seus lapsos ou tenta justificá-los. A duração média deste estado será de cerca de sete anos.

- ❖ **Estádio 4: Demência ligeira ou inicial** – o defeito torna-se já evidente durante a entrevista clínica, dado que, verifica-se dificuldades de nomeação, reconhecimento de pessoas e desorientação no tempo. Dificuldades crescentes nas actividades de vida diária (AVD) instrumentais: falhas na lida de casa, esquece obrigações e pagamentos. Pode ainda estar razoavelmente orientado em lugares familiares e deslocar-se sem problema. Negação mais acentuada, em que o doente pode achar-se capaz de conduzir. Pode existir depressão ou, mais frequentemente, apatia. Duração cerca de dois anos.
- ❖ **Estádio 5: Demência moderada** – o doente começa estar afectado nas AVD básicas, primeiramente no que se refere à capacidade de deliberação; ou seja, não é capaz de escolher roupa para vestir. Na entrevista mostra-se incapaz de recordar alguns aspectos importantes da sua vida diária, por exemplo, o endereço ou nome dos netos. Todavia, sabe o seu nome e o do conjugue ou pessoa com quem vive. O doente parece não ter consciência dos defeitos ou não se mostra afectado por eles. A duração é cerca de um ano e meio.
- ❖ **Estádio 6: Demência grave** – o doente já requer ajuda constante na vida diária para a higiene, vestir-se e deslocar-se, pode ficar ainda incontinente. Está alheado dos acontecimentos recentes e esquecido de muitas partes da sua vida. Tem dificuldade em identificar familiares próximos. É a fase em que se manifestam mais os sintomas comportamentais do tipo da desconfiança, distorções perceptivas, hostilidade e mesmo agressão quando contrariado ou por defesa. Duração de dois a três anos.
- ❖ **Estádio 7: Demência muito grave** – o doente perde gradualmente a capacidade de falar. Vai deixando de sorrir ou acenar. Incontinente, é inteiramente passivo na alimentação e higiene. Perde progressivamente a capacidade para a marcha e, posteriormente, para se sentar ou para erguer a cabeça. Termina em total imobilização. Duração de três a sete anos.

Todavia, torna-se fundamental referir que esta sequência de sintomas e perdas funcionais é idiossincrática (pode se processar de forma diferente de doente para doente) (Barroso, 2005; Guerreiro, 2005).

CASO DE AVALIAÇÃO

CASO Nº 3

Identificação Sumária

Nome: F.L.A. **Sexo:** Masculino **Idade:** 82 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Profissão:** Reformado **Residência:** São Martinho – Covilhã. **Número de Sessões realizadas:** 2 Sessões **Motivo de avaliação:** pedido efectuado pela Médica Neurologista para Avaliação das Funções Cognitivas do paciente com diagnóstico de Demência Tipo Alzheimer.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A avaliação do estado mental revela que o paciente se encontra desorientado espacio-temporalmente e manifesta deterioro cognitivo acentuado avaliado através do MMSE (pontuação de 18 num total de 22, para 4 anos de escolaridade formal). Do ponto de vista da orientação auto psíquica o paciente apresenta-se desorientado tendo dificuldade em evocar a sua própria idade, data de nascimento; e alo-psíquicamente em que não se recorda do nome dos filhos, as suas idades, etc. A avaliação das funções cognitivas sugere déficits a vários níveis. A capacidade de repetição de um conjunto de 3 palavras é ligeiramente correcta, por sua vez a capacidade de reevocação está marcadamente afectada. Neste sentido, a nível da avaliação do funcionamento mnésico, foi possível verificar os défices acentuados na reevocação de itens não relacionados por memória imediata; por memória associativa quer a nível de reevocação de história quer por associação de palavras

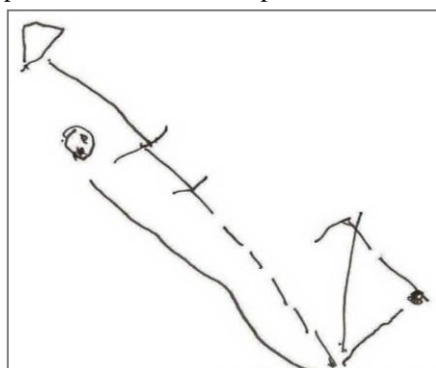


Figura 7. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey - Cópia

com estímulo visual. A nível da memória visuo-construtiva verificou-se uma identificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-construtivas, nomeadamente na integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível (somente tentou realizar a cópia pois por memória revelou-se incapaz). Neste sentido, torna-se possível referir que o paciente apresenta Apraxia Construtiva, dado que revela incapacidade de integrar/estruturar todos os elementos de modo a formar um todo coerente (Figura 7).

Relativamente à memória imediata (Span de dígitos), o paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que só consegue evocar um conjunto de 4 dígitos (em Forward). Na realização da prova de dígitos em sentido inverso (Backward), no qual parece estar implicado mecanismos de atenção e concentração, as dificuldades do paciente tornam-se mais evidentes, na medida em que, apenas consegue executar correctamente a inversão de 3 dígitos na sequência correcta. Na realização do teste do relógio, o paciente sabe quantos números existem no relógio, todavia, aquando da colocação dos números organiza erráticamente os números no espaço, não sendo dispostos de forma correcta. Revela-se incapaz de colocar as horas solicitadas (e.g. 11:10, 12:50, 4:35).

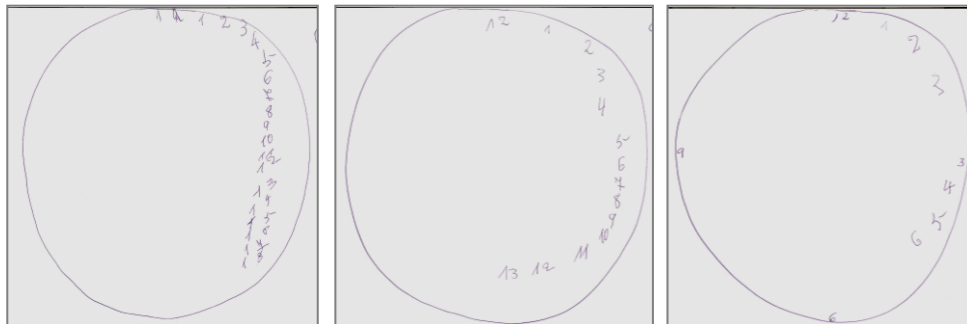


Figura 8. Desempenho do paciente no Teste do Relógio – 3 tentativas

Quanto à sua execução nas Séries Gráficas de Luria (na sua versão A e B) o paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que mantém a execução, não tendo em consideração o padrão previamente realizado bem como a respectiva regra, reduzindo-o a um esquema familiar (Figuras 9 e 10). Este dado sustenta não só inatenção como igualmente perda da instrução.

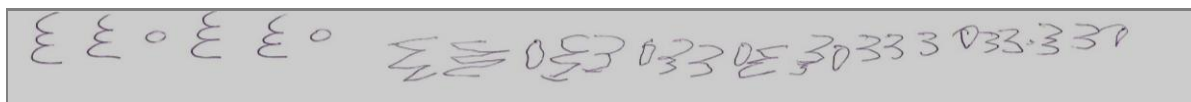


Figura 9. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria – Forma A



Figura 10. Desempenho do paciente nas Séries Gráficas de Luria – Forma B

Em suma, as funções cognitivas, como um todo, encontram-se fortemente afectadas.

NÍVEL DE AUTONOMIA DO PACIENTE:

Segundo a esposa, o paciente requer supervisão e cuidados constantes já que não se apresenta autonomizado quanto aos cuidados próprios. No entanto, quando se avalia de forma estruturada o nível de autonomia do paciente (através do teste *Índice de Barthel*) este é classificado como autónomo (pontuação de 90, numa escala de 100). Os dados obtidos, quer pelo instrumento de avaliação, quer pela entrevista, revelam que algumas tarefas básicas do ponto de vista do funcionamento diário se encontram presentes, sendo que em tarefas mais complexas, o grau de incapacidade é acentuada (e.g. realizar pagamentos em dinheiro, tomar decisões ainda que simples, etc.). É autonomizado em termos de alimentação, utilização da casa-de-banho, embora no banho e no vestir seja necessário a ajuda da esposa. Desfaz satisfatoriamente a barba com recurso a uma máquina de barbear ainda que por vezes necessitasse da ajuda da esposa; é capaz de movimentar-se de uma divisão da casa para outra ou por longas distâncias. O controlo esfíncteriano mictório e fecal apresenta-se normal. No quotidiano, reconhece vários familiares e é capaz de verbalizar o seu nome, apresentando contudo dificuldades em enunciar idades. A título exemplificativo, quando questionado acerca da sua idade e de outros familiares, não é capaz de precisar, referindo sempre uma idade inferior.

INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNOSTICA

Relativamente aos dados da Avaliação Neuropsicológica, verifica-se que o paciente em tarefas de memória ocorre o exacerbar das suas dificuldades, nomeadamente na evocação de itens não relacionados, o paciente ao longo dos vários ensaios é incapaz de re-evocar todos os itens. Deste modo, ao longo dos ensaios a capacidade de aprendizagem é insatisfatória, pois não se verifica consistência da evocação da informação. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se fortemente deficitário, quer para palavras quer para frases. Relativamente à evocação de itens por emparelhamento de imagens e reevocação de histórias (memória associativa), o desempenho do paciente apresenta-se também prejudicado. Relativamente às suas habilidades visuo-construtivas, o seu desempenho é bastante deficitário, na medida em que, é incapaz integrar/estruturar todos os elementos de modo a formar um todo coerente, apresentando assim Apraxia Construtiva.

Globalmente, durante a execução das tarefas denota-se que a **informação imediata está fortemente afectada** por qualquer tarefa de interferência ainda que mínima. A avaliação das **funções** tipicamente **frontais**, revelam que o paciente tem dificuldade marcada na pré-programação e monitorização de respostas, que associadas aos deficits de memória, não só geram uma resposta impulsiva e inatenta (e por isso errada) como uma perda da instrução conferida. Apesar disso, mantém-se actualmente autónomo quanto às actividades de vida diária.

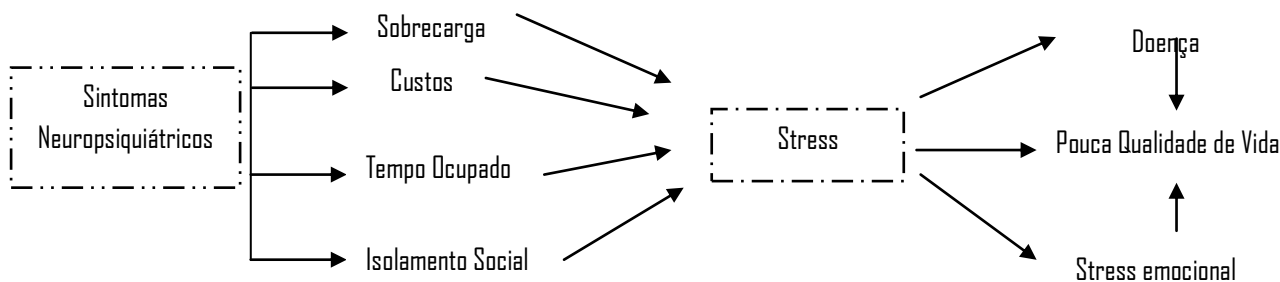
CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA

As demências, independentemente do tipo específico, geram repercussões a nível pessoal e sócio-familiar, não só para o paciente que é acometido, bem como cuidadores e familiares que assumem a prestação de cuidados (Connell, Janevic & Gallant, 2001). Frequentemente, o papel de cuidador é muitas vezes imposto pelas circunstâncias e não por vontade própria (Borges, 2000). Neste sentido, as intervenções delineadas e programadas para os problemas neuropsiquiátricos do paciente permitem reduzir os níveis de stress associados bem como, diminuir a reactividade dos cuidadores. De acordo com Cummings (2003), para além deste efeito positivo, as intervenções são susceptíveis de melhorar a qualidade de vida do paciente e cuidador, reduzir o risco de internamento em instituição geriátrica, melhorar a capacidade funcional do paciente e diminuir os níveis de dependência.

De acordo com alguns autores, nomeadamente Clipp e George (1993), cuidar de um paciente com demência está associado a elevados níveis de stress comparativamente com outras doenças crónicas. Um conceito utilizado neste âmbito consiste no de *sobrecarga*, definido globalmente como os problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e económicos que afectam e limitam directamente os familiares que cuidam do paciente incapacitado (Bilbao, 2003; George & Gwyther, 1986, *In* Cummings, 2003), e constitui uma das manifestações clínicas mais frequentes nos cuidadores (Garrido & Menezes, 2004; Kiecolt-Glaser, Glaser, Shuttleworth, *et al.*, 1987). Alguns indicadores de stress manifestam-se através de cefaleias, confusão, pesadelos, indigestão, problemas de pele, alterações alimentares, diarreia e obstipação, náuseas, palpitações no coração e fadiga. A síndrome de *burnout* constitui o grau elevado de exaustão física, emocional e mental (Cabeza, 2005; Nerenberg, 2002).

Na Figura 11 torna-se possível compreender mais detalhadamente as variáveis que interagem e conduzem a uma menor qualidade de vida do cuidador e paciente.

Figura 11. Modelo referente à influência dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente no estado do cuidador, adaptado de Cummings (2003, p. 282).



Relativamente ao bem-estar emocional e psicológico dos cuidadores, a depressão (Berger, Bernhardt, Weimer, *et al.*, 2005; Gray, 2003; Levine, 2003) e ansiedade (Mahoney, Regan, Katona, *et al.*, 2005) constituem duas das perturbações mais identificadas neste tipo de população (Garrido & Menezes, 2004). O Inventário Neuropsiquiátrico constitui um dos instrumentos de avaliação mais utilizados com cuidadores, e avalia o nível de stress experienciado na prestação dos cuidados (Cummings, 2003). De acordo com Cummings (2003), o cuidador perante a prestação dos cuidados pode orientar-se por quatro estratégias, a que apelida dos quatro R's (Quadro 8).

Quadro 8. Estratégias de orientação na prestação de cuidados a pessoa com demência, adaptado de Cummings (2003).

- ⊕ **Reafirmação** – visa a eliminação de situações de confrontação, bem como apoiar o paciente a sentir-se apoiado e amado.
- ⊕ **Reorientação** – visa orientar o paciente sobre o local onde se encontra e o que está a fazer.
- ⊕ **Repetição** – recordar ao paciente o que vai suceder-se futuramente e o que deverá fazer nessa circunstância.
- ⊕ **Redirecção** – tem como objectivo diminuir comportamentos problemáticos através de técnicas de distração do paciente durante uma situação frustrante e negativa para o mesmo.

De igual modo, é importante realizar junto ao cuidador sessões de psico-educação onde se explica o que é uma demência, quais os sintomas, qual a evolução, como agir em determinada situação, *etc.* (Borges, 2000), permitindo dotar o cuidador com ferramentas de intervenção e por outro lado, diminuir sentimentos de culpabilidade (Parks & Novielli, 2000). Para além de se dotar o cuidador com conhecimento, é igualmente possível e necessário apoiá-lo em diversas áreas da prestação de cuidados, através da apresentação de sugestões práticas facilmente disponível na vasta literatura existente. Neste sentido, procura-se fomentar o bem-estar físico, emocional e cognitivo do cuidador, caso contrário, a prestação de cuidados não beneficia o familiar e agrava as dificuldades do cuidador (Borges, 2000).

Identificação Sumária

Nome:J.P. **Sexo:** Masculino **Idade:** 76 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Estado Civil:** Casado **Profissão:** Reformado

Residência: Bairro da Biquinha **Diagnóstico:** Demência Tipo Alzheimer

Avaliação do Cuidador (esposa): M. G. **Idade:** 67 anos **Profissão:** Reformada **Número de sessões de Avaliação:**

3 sessões **Motivo de avaliação:** avaliação psicológica breve do paciente e avaliação do cuidador.

TESTES UTILIZADOS*Junto ao paciente:*

- Entrevista Semi-estruturada
- Mini Mental State Examination (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)
- Escala de Memória da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)
- Séries Gráficas de Luria
- Teste do Relógio
- Prova de Dígitos

Junto ao cuidador:

- Entrevista Semi-estruturada
- IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão)
- Índice de Barthel
- Neuropsychiatry Inventory (NPI)

ESTADO DE CONSCIÊNCIA E ATITUDE DO PACIENTE À ALTURA DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO AO CUIDADOR:

A avaliação do estado mental revela que o paciente se encontra desorientado espaço-temporalmente e manifesta deterioro cognitivo acentuado avaliado através do MMSE (pontuação de 18 num total de 22, para 3 anos de escolaridade formal). Do ponto de vista da orientação auto psíquica o paciente apresenta-se desorientado tendo dificuldade em evocar a sua própria idade, data de nascimento; e alo-psíquicamente em que não se recorda do nome dos filhos, as suas idades, etc. A avaliação das funções cognitivas sugere déficits a vários níveis. A capacidade de repetição de um conjunto de 3 palavras é ligeiramente correcta, por sua vez a capacidade de reevocação está marcadamente afectada. Apresenta dificuldades acentuadas em realizar cálculo aritmético em subtração, seguir instruções, escrever frases simples (apenas escreve palavras isoladas, não conseguindo escrever uma frase com sujeito e verbo) e realizar cópia de figuras complexas.

A nível da avaliação do funcionamento mnésico, foi possível verificar os défices acentuados na reevocação de itens não relacionados por memória imediata; por memória associativa quer a nível de reevocação de história quer por associação de palavras com estímulo visual. A nível da memória visuo-constructiva verificou-se uma lentificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-constructivas, nomeadamente na integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível. Neste sentido, torna-se possível referir que o paciente apresenta Apraxia Constructiva, dado que revela incapacidade de integrar/estruturar todos os elementos de modo a formar um todo coerente. Relativamente à memória imediata (Span de dígitos), o paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que só consegue evocar um conjunto de 4 dígitos (em Forward). Na realização da prova de dígitos em sentido inverso (Backward), no qual parece estar implicado mecanismos de atenção e concentração, as dificuldades do paciente tornam-se mais evidentes, na medida em que, apenas consegue executar correctamente a inversão de 2 dígitos na sequência correcta. Na realização do teste do relógio, o paciente sabe quantos números existem no relógio, todavia, aquando da colocação dos números organiza erráticamente os números no espaço, não sendo dispostos de forma correcta. A colocação das horas é deficitária, não conseguindo colocar correctamente todas as horas solicitadas (e.g. 11:10, 12:50, 4:35).

Quanto à sua execução nas Séries Gráficas de Luria (na sua versão A e B) o paciente apresenta um desempenho insatisfatório, na medida em que mantém a execução, não tendo em consideração o padrão previamente realizado bem como a respectiva regra, reduzindo-o a um esquema familiar.

Em suma, as funções cognitivas, como um todo, encontram-se fortemente afectadas.

NÍVEL DE AUTONOMIA DO PACIENTE:

Segundo a esposa, o paciente requer supervisão e cuidados constantes já que não se apresenta autonomizado quanto aos cuidados próprios. No entanto, quando se avalia de forma estruturada o nível de autonomia do paciente (através do teste *Índice de Barthel*) este é classificado como autónomo (pontuação de 85, numa escala de 100).

Os dados obtidos, quer pelo instrumento de avaliação, quer pela entrevista, revelam que algumas tarefas básicas do ponto de vista do funcionamento diário se encontram presentes, sendo que em tarefas mais complexas, o grau de incapacidade é acentuada (*e.g.* realizar pagamentos em dinheiro, deslocar-se sozinho a estabelecimentos comerciais sem se desorientar, tomar decisões ainda que simples, *etc.*). É autonomizado em termos de alimentação e vestir-se, embora no banho seja necessário a ajuda da esposa (todavia, o paciente reage com agressividade). Desfaz satisfatoriamente a barba ainda que por vezes necessitasse da ajuda da esposa (todavia recusa); é capaz de movimentar-se de uma divisão da casa para outra ou por longas distâncias, embora em lugares menos familiares se desorienta (*e.g.* no hospital). O controlo esfíncteriano mictório apresenta-se normal, o mesmo não ocorrendo com o controlo fecal.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO AO CUIDADOR

A esposa, enquanto cuidadora, encontra-se orientada nos vários níveis (temporal, espacial, auto e alo-psiquicamente). Quanto ao *estado de humor*, avaliado através de entrevista clínica e teste de avaliação de sintomatologia depressiva, se verifique *ausência de sintomatologia depressiva* (pontuação de 17, com pontuação de corte entre não deprimidos e deprimidos de 20). Todavia, apresenta intensa desmotivação nas tarefas domésticas e qualquer outra actividade, sendo que quando as realiza, experiencia grande fadigabilidade na concretização das mesmas bem como depreciação do seu desempenho. Revela-se incapaz de tomar decisões e resolver problemas de forma autónoma, verificando-se um débito excessivo de queixas directamente relacionadas com a sua própria condição médica (3 Hérnias Discas Lombares) e condição neurológica do marido. Menciona prejuízo da memória, fixação e concentração. Frequentemente ocorrem momentos de inactividade e maior fadiga ao acordar, revelando ainda perca de esperança no futuro, referindo sentir-se infeliz. O tempo que dispõe para si própria é reduzido, o que acrescido aos problemas de saúde pessoais (Hérnias Discas Lombares) agudiza o seu estado emocional e físico. A própria paciente refere “*sinto-me cansada e revoltada com tudo isto*”.

Neuropsychiatry Inventory (NPI)						
Nome _____		Data: 06/02/2007				
ID# _____		Fonte: Conjugue / outro: _____				
Item	N/A	Ausente	Frequência	Severidade	FXS	Distress
Características neuropsiquiátricas						
Delírios	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Alucinações	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitação	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Depressão / Disforia	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Ansiedade	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Euforia	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apatia / Indiferença	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Desinibição	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilidade / Labilidade	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportamento motor aberrante	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
NPI Total Score						23
Alterações Neurovegetativas						
Comportamento noturno	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Alterações do apetite / alimentação	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Diagnóstico: <i>Doença de Tipo Alzheimer</i>						
MMSE: <i>18</i>						
Idade: <i>76 anos</i>						
Gênero: <i>Masculino</i>						
Duração da patologia: <i>2 Anos e Meio</i>						
Habilitações académicas: <i>3ª classe</i>						
Medicação: <i>Risperidol^R - Risperidona</i>						
<i>CoApoquel^R - Tebasactano + Hidroclorotiazida</i>						
<i>Chixa^R - Teanina</i>						

Figura 12. Níveis de disfunção neuropsiquiátrica e grau de desconforto da cuidadora, segundo NPI

A avaliação dos níveis de disfunção neuropsiquiátrica e do respectivo grau de desconforto/sofrimento referido pela cuidadora medidos pelo NPI apresentam como estando mais salientes as dimensões, no marido, da agitação/agressividade, apatia/indiferença, irritabilidade/labilidade, alucinações, comportamento motor aberrante, e a nível neurovegetativo apresenta alterações do apetite. Por sua vez, o paciente não evidencia delírios, depressão/disforia, ansiedade e euforia, desinibição, comportamento motor aberrante e alterações neurovegetativas ao nível do sono (Figura 12.).

De seguida apresenta-se a sumarização das principais manifestações neuropsiquiátricas transcritas no parágrafo anterior:

- **Agitação/agressividade** – frequentemente o paciente demonstra-se irritado com os que procuram ajudar e resiste a actividades como tomar banho e/ou trocar de roupa, inflexível, não cooperativo, grita ou pragueja de forma agressiva, bate com as portas e atira objectos, agride e ameaça a própria esposa. Este comportamento é bastante evidente e difícil de controlar pelo cuidador para além de gerar extremo desgaste emocional.
- **Apatia/ indiferença** – muito frequentemente o paciente apresenta-se como menos espontâneo, activo, carinhoso e emotivo; menos interessado nas actividades antes prazerosas, tarefas e planos de terceiros, amigos e familiares, entre outros. Menos colaborativo nas actividades de vida diária, e quando ocorre a constante insistência do cuidador, ou não, o paciente torna-se agressivo acabando por agredi-la. Neste sentido, motiva para o grande cansaço emocional do cuidador.
- **Irritabilidade/labilidade** – frequentemente o paciente evidencia mudanças bruscas de humor, ataques de raiva, irritabilidade e instável. Este aspecto é, novamente, gerador de acentuado desgaste físico e emocional no cuidador.
- **Alucinações** – muito frequentemente o paciente descreve ouvir vozes ou age como se de facto ouvisse vozes, ou mesmo comporta-se como se tivesse a falar com pessoas que não estão presentes, gerando desgaste no cuidador, ainda que alegadamente de forma moderada.
- **Comportamento motor aberrante** – muito frequentemente o paciente apresenta um comportamento repetitivo como abrir armários e gavetas para tirar a roupa, mexe repetidamente os dedos dos membros superiores, verificando-se como frustrada qualquer tentativa de acalmia por terceiros. Este comportamento gera intenso desgaste físico e emocional na pessoa que presta cuidados.

Por outro lado, a principal alteração neurovegetativa está relacionada com:

- **Apetite e alimentação** – o paciente manifesta muito frequentemente aumento do apetite, o que segundo informação do cuidador o paciente aumentou de peso, embora sendo reflectida numa diferença leve em função do seu peso normativo. Também muito frequentemente manifesta alguma alteração do comportamento alimentar, como colocar demasiada comida na boca de uma só vez. Tal aspecto causa moderadamente desgaste no cuidador.

Em síntese, as alterações acima referidas ocorrem frequentemente e provocam no cuidador um nível de desconforto e sofrimento psicoemocional num nível acentuado a severo, contribuindo de forma consistente para o seu actual desgaste físico e emocional.

SUGESTÃO

Tendo em conta as dificuldades sócio-económicas verbalizadas pelo cuidador bem como, as despesas inerentes ao tratamento farmacológico do marido – devido à sua condição neurológica (Demência de Tipo Alzheimer) – seria de relevar um apoio neste sentido.

Os custos económicos desta mesma condição resultam não só do tratamento médico da doença, mas muito especialmente das consequências da mesma que tornam o paciente incapaz de gerir e cuidar de si mesmo, necessitando constantemente do apoio de terceiros; conduzindo ao aumento dos gastos da família. Desta forma, torna-se essencial que ocorra o apoio necessário à melhoria da qualidade de vida do paciente e de quem o cuida.

TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS

De acordo com a literatura, o Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) define-se como uma agressão ao cérebro (não de natureza degenerativa ou congénita) causada por uma força física que, por sua vez, pode provocar uma alteração da consciência, incapacidades físicas, congénitas e/ou comportamentais (Quiñones, 2003). De igual modo, essas consequências podem ser temporárias ou definitivas e provocam um comprometimento funcional parcial ou total. Em contrapartida, Hora e Sousa (2005)

definem TCE como qualquer agressão que provoca determinada lesão anatómica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo e, de um modo geral, encontra-se dividido, segundo a sua intensidade (grave, moderado e leve). É considerado como processo dinâmico, já que as consequências do seu quadro patológico podem persistir e progredir com o passar do tempo. De acordo com Senra & Oliveira (2003), os TCE podem ser classificados tendo em consideração três critérios: **estádio de lesão**, **tipo de TCE** e **grau de severidade**. Quanto ao *estádio de lesão*, pode-se distinguir entre lesões primárias e lesões secundárias. As lesões primárias são aquelas que são produzidas pelo impacto directo (Terán & Arteaga, 2000), e que se poderão traduzir em lacerações, contusões, fractura do crânio, lesão axónica difusa ou hemorragias intracerebrais, entre outras (Acedo & Garcia, 2000). Por sua vez, as lesões secundárias são aquelas produzidas após o momento do traumatismo, mas não necessariamente de forma imediata (Senra & Oliveira, 2003). Segundo Lafuente e Zarranz (1998) este tipo de lesões é habitualmente responsável pela grande parte das lesões que ocorrem. Esta surge por consequência da lesão primária verificando-se por perda da regulação vasomotora cerebral (Terán & Arteaga, 2000) e manifestando-se sob a forma de isquémia, edema, alterações neuroquímicas, hipoxémia, epilepsia, hipotensão arterial, vasoespasmo, convulsões, entre outros (Acedo & Garcia, 2000). Quanto à *tipologia de TCE*, podem ser classificados de abertos – quando um objecto penetra o crânio; e fechados – lesão no encéfalo mas não afecção da caixa craniana. De ambos, o tipo de TCE fechado é o mais frequente e resulta de um embate do crânio (Manga & Fournier, 1997; Adams, 1993, Lezak, 1995, *In* Senra & Oliveira, 2003), sendo na sua maioria resultantes de acidentes de tráfego (Lafuente & Zarranz, 1998). Como já referido anteriormente, o tipo de lesões provocadas por um TCE pode ser *focal* ou *difusa* (López, *et al.*, 2004). As lesões focais são aquelas que incluem as contusões e lacerações, as hemorragias (intraventriculares e subaracnóidea), os hematomas (epidurais, subdurais e intraparenquimatosos), traumatismos por ferida de bala, entre outros (Junqué & Barroso, 2001; Castro-Caldas, 2000). Relativamente às contusões, são mais frequentes nos lobos frontais e temporais (Stuss & Gow, 1992; *In* Junqué, 1999) devido ao embate do encéfalo contra a caixa craniana, o que despoleta habitualmente, a nível neuro-comportamental, alterações (desinibição) comportamentais e de personalidade, inadequação social, dificuldades no controlo emocional, menor sentido de responsabilidade, obsessões, riso fácil e desmedido, maior distractibilidade, hiperactividade e reactividade, comportamento infantilizado, *etc.* (Junqué, 1999). No que respeita às lesões difusas é mais frequente ocorrer o inchaço cerebral, o dano axonal difuso, isquémia global e edema (Gennarelli & Graham, 1998, Bentivoglio, 1999, Adams, Graham & Gennarelli, 1983, *In* González *et al.*, 2004). Todavia, apesar da distinção entre estes dois tipos de lesão ambos podem coexistir simultaneamente; verificando-se assim – paralelamente – um estado de inconsciência na situação de impacto ao qual se segue o coma (Mitchell e Adams, 1973, *In* Junqué 1999). A duração da fase de coma é um dos indicadores da gravidade do TCE. Este deve-se a alterações produzidas na formação reticular do

tronco encefálico (Bateman, 2001; Junqué & Barroso, 2001). Após a situação de coma, habitualmente verifica-se que os pacientes apresentam um período designado de Amnésia Pós traumática caracterizado por confusão, desorientação e dificuldade de recordar factos ocorridos (González, *et al.*, 2004). Torna-se fundamental referir que, após o TCE verifica-se um período de *recuperação espontânea*, física e mental, que não deve atribuir-se à intervenção levada a cabo mas a uma recuperação funcional espontânea em que se verifica a reorganização sináptica nas zonas lesadas, a reabsorção de hematomas, a diminuição do edema, a normalização da circulação sanguínea, a diminuição da pressão intracraniana, processo de *diasquiesem* regeneração, crescimento axonal, entre outros (Murga, León-Carrión, Morales & Barroso, 1999).

Grosso modo, alguns estudos apontam para o facto de com o decorrer do tempo se verificarem melhorias nos sujeitos com TCE, ainda que as dificuldades mnésicas se mantenham após um ano do ocorrido (Tabaddor, Mattis & Zazula, 1984; *In* Junqué, 1999). Relativamente às sequelas resultantes de um TCE, estas podem ser as mais variadas e dependem da região cerebral afectada (Lezak, 1995, *In* Junqué, 1999; Ferri, Chirivella, Caballero, Simó, Ramirez & Noé, 2004). Assim, podem ser alterações cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais (Max, Roberts, Koele, Lindgren, Robin, Arndt, Smith & Sato, 1999; Fernández & Fraile, 2000; Rey, 2002; Fleminger, Leight, Eames, Langrel, Nagra & Logsdai, 2005). No Quadro 9, apresentam-se as principais áreas de afecção neuropsicológica.

Quadro 9. Domínios de afecção neuropsicológica.

MEMÓRIA

- Afecção da memória de trabalho, memória associativa, memória lógica, memória visual e controlo mental (Domingos *et al.*, 2000; *In* Senra & Oliveira, 2003);
- Maior dificuldades na memória anterógrada do que na memória retrógrada (Céspedes *et al.*, 2001);
- Deficits ao nível do processamento, armazenamento e recuperação (devido a lesões no neocórtex, hipocampo e gânglios basais) (Junqué, 1999);
- Manutenção da memória procedimental (Mateer, 2003);
- O comprometimento mnésico advém não só da afecção do hipocampo, mas de outras estruturas límbicas como a circunvolução parahipocampal e o fórnix (Gale, Burr, Bigler & Blatter, 1993; *In* Junqué, 1999).

ATENÇÃO E VELOCIDADE DE PROCESSAMENTO

- Deficits atencionais nomeadamente, ao nível da vigília, atenção selectiva, mantida, alternada e dividida (Junqué, 1999; Céspedes *et al.*, 2001);
- Lentificação cognitiva (Junqué, 1999; Junqué & Barroso, 2001);
- Decorrente da afecção da substância branca, perda neuronal difusa e ainda lesões focais nos gânglios da base (Junqué & Barroso, 2001);

LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

- Anomia (Kerr, 1995; *In* González, 2004; Junqué & Barroso, 2001);
- Dificuldades na capacidade de repetição e prejuízo na fluência verbal (Ewing-Cobbs, Levin, Eisenberg & Fletcher, 1987, Lees, 1989, Murdoch, 1990; *In* González, 2004);
- Afasias (Kolb & Wishaw, 1986, *In* Senra & Oliveira, 2003);
- Habilidades pragmáticas (Bond & Godfrey, 1997; Pozo *et al.*, 2000; Pozo & Iribarren, 2000; *In* Céspedes e Melle, 2004).

FUNÇÕES EXECUTIVAS

- Dificuldades na capacidade de planificação, resolução de problemas, flexibilidade mental, abstracção, controlo, *etc.* (González, 2004).

DÉFICITS SENSORIO-PERCEPTIVOS

- Agnosias (visual, auditiva, espacial, somatognosia) (Senra & Oliveira, 2003)

ORIENTAÇÃO

- Dificuldades na orientação espacial, temporal, auto e alo-psiúca (Brooks, *et al.*, 1980; *In* Senra & Oliveira, 2003).

OUTRAS AFECÇÕES

- Síndrome *Neglect* (Senra & Oliveira, 2003);
- Apraxia (Junqué & Barroso, 2001), nomeadamente, ideomotora, bucofacial, ideatória, do vestir, construtiva, entre outras (Hodges, 1996; Junqué & Barroso, 2001; Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001).

Por sua vez, as alterações comportamentais e emocionais no TCE relacionam-se com as reacções catastróficas, choro e riso patológicos, embotamento afectivo, labilidade emocional, indiferença, apatia, medo, sentimento de perda, irritabilidade, intolerância à frustração, comportamento reactivo, egocêntrico e infantil, desinibição, impulsividade, euforia, agressividade, evitamentos, dificuldades na comunicação, problemas de adaptação social, perturbação na dinâmica familiar, entre outros (Lazcano, *et al.*, 1999; Mateer, 2003; González, 2004).

CASO DE AVALIAÇÃO

CASO Nº 5

Identificação Sumária

Nome: L.T.. **Sexo:** Masculino **Idade:** 58 anos **Escolaridade:** 4ª classe **Profissão:** Reformado **Residência:** Covilhã
Número de sessões de Avaliação: 3 sessões **Motivo de avaliação:** Pedido efectuado pela Médica Neurologista para a realização de uma Avaliação Neuropsicológica.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

O paciente no momento da avaliação apresenta-se orientado espaço-temporalmente, auto e alo-psiquicamente, mostrando-se colaborativo durante todo o processo, apresentando concomitantemente um humor eufímico caracterizado por sucessivas interrupções para verbalizar comentários e sorrir.

Pelo conjunto de testes administrados, foi possível verificar que as principais dificuldades do paciente encontram-se ao nível das funções motoras, tácteis e de modo mais acentuado ao nível das funções mnésicas.

Ao nível motor, para além das dificuldades supramencionadas, o paciente apresenta prejuízo de execução do acto motor, sendo evidente em ambos os membros distais superiores, revelando movimentos bradicinésicos e espasmódicos. Pela exploração da capacidade de coordenação bimanual em simultâneo, (através de tarefas conflictivas), verifica-se um prejuízo significativo no seu desempenho, caracterizando-se por movimentos descoordenados. Quando se pede para realizar as tarefas aumentando a velocidade as dificuldades do paciente são incrementadas, verificando-se assim movimentos bradicinésicos. Face a este desempenho insatisfatório o paciente revela não possuir juízo crítico e *insight*, pois refere que não apresenta qualquer dificuldade na execução e coordenação dos movimentos motores. A capacidade de mimetizar os mesmos movimentos que o avaliador realiza encontra-se ligeiramente afectada, realizando movimentos em espelho, devido em grande parte a mecanismos de impulsividade (muitos dos erros que o paciente apresenta em várias tarefas estão directamente relacionados com este padrão de impulsividade) dificuldade de focalização na tarefa, generalizando-se este aspecto para a maioria das provas efectuadas (sendo necessário o avaliador repetir sistematicamente as instruções para cada tarefa). Na avaliação da *praxis* ideatória e ideomotora, embora o paciente consiga representar a acção motora requisitada, o seu desempenho é pouco elucidativo. Quanto às *praxias* buco-articulatórias, a paciente é capaz de realizar movimentos simples, todavia em movimentos cinestésicos apresenta dificuldade continuando a realizar esta sequência. Na percepção de estímulos acústicos e na execução motora de grupos rítmicos o paciente apresenta um desempenho ligeiramente satisfatório, em que os pequenos erros que comete não estão relacionados com déficits sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim ao padrão de impulsividade referido anteriormente. A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela que o paciente apresenta acentuadas dificuldades em discriminar pontos de estimulação na mão esquerda, apresentando déficit similar no membro distal direito embora com menor intensidade (acabando por identificar por aproximação, todavia quando estimulada as extremidades das mãos verificava-se um exacerbar das dificuldades visto que o paciente revelou-se incapaz de identificar os pontos). Igualmente a capacidade de

discriminação da ponta/cabeça de um alfinete, toques suaves/fortes encontra-se afectada de forma similar ao descrito no parágrafo anterior. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se mais afectada na mão direita que na esquerda. A avaliação da função estereognósica revela que o paciente não apresenta dificuldade em reconhecer figuras geométricas, letras e números, todavia apresenta elevados períodos de latência na sua discriminação.

Relativamente às funções mnésicas, a memória remota, episódica e memória procedimental estão globalmente preservadas. Pela administração de uma tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados verifica-se o exacerbar das dificuldades do paciente quanto aos processos mnésicos; nomeadamente nesta tarefa o paciente ao longo dos vários ensaios é incapaz de re-evocar todos os itens (apenas quatro). Deste modo, ao longo dos ensaios a capacidade de aprendizagem é ligeiramente insatisfatória, pois não se verifica consistência da evocação da informação. Por sua vez, apresenta elevados períodos de latência na re-evocação dos itens. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se fortemente deficitário, quer para palavras quer para frases. O desempenho em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias e de imagem-palavra encontra-se igualmente afectado. Globalmente recorda-se apenas das personagens de uma história (*memória associativa auditivo-verbal*) e em sete pares de palavras-imagens associadas (*memória associativa visuo-verbal*), apenas evoca correctamente cinco associações. A avaliação dos processos intelectuais revela que o paciente apresenta reduzida capacidade de compreensão de desenhos temáticos, de sequenciação de estímulos, bem como de resolução de problemas e de raciocínio. A capacidade de diferenciação, comparação e de estabelecer relações lógicas entre conceitos encontra-se prejudicada.

CONCLUSÃO DIAGNOSTICA

Pelo conjunto de testes administrados, foi possível verificar que as principais dificuldades do paciente encontram-se ao nível das funções motoras, tácteis e de modo mais acentuado ao nível das funções mnésicas. Neste sentido, e tendo em consideração as funções motoras, o paciente apresenta prejuízo de execução do acto motor, sendo evidente em ambos os membros distais superiores, revelando movimentos bradicinésicos, espasmódicos e descoordenados. Apresenta marcadas dificuldades (bilaterais) em discriminar pontos de estimulação somatosensorial (em ambos os membros distais superiores) e na discriminação simultânea de dois pontos. Quanto aos processos atencionais verifica-se que o paciente apresenta dificuldades de monitorização da atenção na realização de determinadas tarefas, bem como na focalização da atenção em determinados pormenores específicos que possibilitam a integração e a construção de uma imagem como um todo. Em tarefas de memória, nomeadamente na evocação de itens não relacionados, o seu desempenho é insatisfatório, na medida em que re-evoca apenas quatro itens num total de sete. Embora exista capacidade de aprendizagem, esta ocorre de uma forma flutuante e pouco consistente, não se verificando uma organização da informação armazenada (mas antes uma aleatoriedade). De igual modo, em tarefas de memória associativa o paciente apresenta o mesmo padrão de desempenho insatisfatório, dado que, apresenta dificuldades em re-evocar palavras associadas ao emparelhamento de imagens. Apresenta dificuldades acentuadas essencialmente em tarefas de memória imediata quando acometida por processos de interferência (seja retroactiva como proactiva). Ao nível da memória visuo-constructiva verificou-se uma lentificação bastante significativa na realização da mesma; concomitantemente com dificuldades de execução visuo-constructivas, nomeadamente na integração dos vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível (Figura 13).

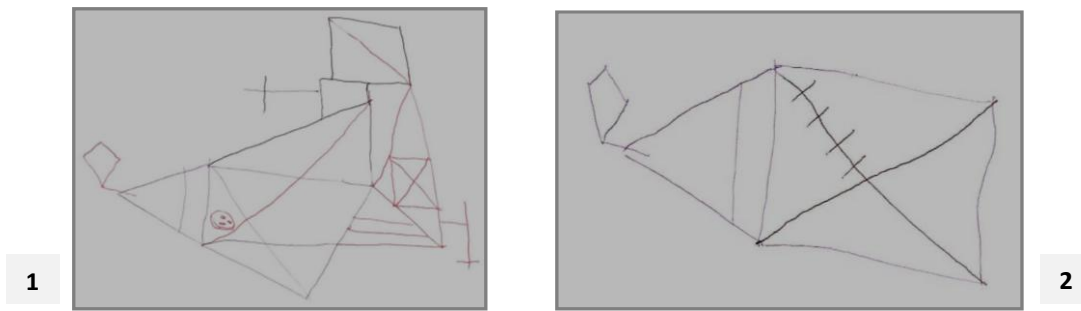


Figura 13. Desempenho do paciente no Teste da Figura Complexa de Rey (1 – Cópia, 2 – Memória)

À excepção dos referidos défices verifica-se preservação normativa das restantes funções cognitivas avaliadas. Os dados da Avaliação Neuropsicológica conjugados com a informação concedida pela próprio paciente, torna-se possível referir que o paciente apresenta exacerbadas **dificuldades de equilíbrio (síndrome vertiginoso)**, bem como, **esquecimentos recorrentes** e **confusão do discurso** (*e.g.* perde-se do trilho verbal acabando por não saber o que estava a verbalizar, verificando-se este facto sucessivamente durante a realização da Avaliação Neuropsicológica).

ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória ideopática do Sistema Nervoso Central (SNC) (Alvarez-Cermeño, 2002; Pozzilli, Romano & Cannoni, 2002; Kuhlmann & Brüch, 2000; Kremenutzky, 2000; Gallien & Robienu, 1999; Kolb, Whishaw, 1996). É considerada uma doença auto-imune (Moreira, Tilbery, LanaPeixoto, Mendes, KaimenMaciel & Callegaro, 2002), que afecta especialmente a bainha de mielina, provocando desmielinização das células nervosas, e uma consequente perda na eficácia da condução do impulso nervoso (Sociedad Nacional de Esclerosis Multiple, 2003). Ocorre um processo selectivo de inflamação local com desmielinização, envolvendo mecanismos imunes celulares e humorais. Como consequência deste processo surgem alterações no Líquido Encéfalo Raquidiano, tais como a presença de bandas IgG oligoclonais e aumento do índice de IgG, indicando a síntese intratecal de imunoglobinas (Puccioni-Sohler, Lavrado, Bastos, Brandão & Papaiz-Alvarenga, 2001; Puccioni-Sohler, Passeri, Oliveira, Brandão & Papaiz-Alvarenga, 1999). São aspectos característicos desta doença: a inflamação e destruição da bainha de mielina nos tractos motores e nos tractos sensoriais (Santos, Lana Peixoto, Munhoz & Almeida, 2003; Kolb & Whishaw, 1996), perda ou preservação dos oligodendrócitos (Kuhlmann & Brüch, 2000) ocorrendo mais frequentemente na região periventricular (Sanz de la Torre & Perez-Rios, 2000; Vizcarra-Escobar, Cava-Prado & Tipismana-Barbaran, 2005). O diagnóstico desta patologia baseia-se na presença de lesões localizadas no Sistema Nervoso Central, que se propagam tendo em conta o espaço e tempo (*i.e.*, ocorrem em diferentes zonas do Sistema Nervoso Central pelo menos num período de três meses), que constitui o progresso da patologia (Calabresi, 2004). O diagnóstico na Esclerose Múltipla é clínico, baseado no envolvimento mútuo do sistema nervoso, com apoio de bandas oligoclonais e imonoglobinas no líquido encefalorraquidiano, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, potenciais evocados visuais, somatosensitivos e auditivos (Lublin, 2002; Santos *et al.*,

2003). O diagnóstico definitivo da patologia em questão, requer uma avaliação neurológica secundária. Entre o primeiro e o segundo surto, os pacientes são classificados como possíveis portadores da patologia. Este período poderá ser considerado um período crítico no qual o processo patológico que envolve o déficit cognitivo poderá não estar inactivo, como também a actividade demonstrada através de Imagens da Ressonância Magnética, e que os clínicos aguardam por uma confirmação clínica do diagnóstico (Achiron & Barak, 2003). O início da Esclerose Múltipla pode ser insidioso ou súbito (Calabresi, 2004), podendo ser caracterizada por períodos de exacerbação e remissão dos sintomas específicos (Santos, Lana Peixoto, Munhoz & Almeida, 2003). A sua sintomatologia é diversificada, verificando-se que as primeiras alterações são de tipologia sensitiva/motora, ainda que, por vezes, os primeiros sintomas sejam de natureza cognitiva (Junqué & Barroso, 2001; Bakshi, 2003). Quanto aos sinais e sintomas manifestos pelos pacientes com EM, estes dependem da localização da afecção cerebral (Calabresi, 2004). Um dos sintomas iniciais mais comuns é a debilidade nas extremidades, no entanto durante o desenvolvimento da doença poderá surgir vertigem, ataxia, hemiplegia, surdez, paralisia facial, dor facial, parestesias ou picadas nas extremidades, alterações na marcha, alucinações auditivas, afasia, alterações emocionais entre outros (Barroso, Nieto, Olivares, Wollmann, Hernández, 2000). Pacientes com EM que têm dificuldades, habitualmente apresentam défices na memória, aprendizagem, atenção, velocidade de processamento da informação e fluência verbal (Achiron & Barak, 2003). É também reportado na literatura déficits no pensamento conceptual e resolução de problemas, habilidades linguísticas funcionais, raciocínio espacial e abstracto (Barroso, Nieto, Olivares, Wollmann, Hernández, 2000; Bradley, Daroff, Fenichel, Jankovic, 2004). Um dos aspectos a ter atenção, é o funcionamento afectivo e comportamental em pacientes com Esclerose Múltipla. Neste sentido, foi evidenciado no estudo de Sanz de la Torre & Pérez-Rios (2000) que os sujeitos revelam alterações significativas da personalidade e do comportamento, com sintomatologia afectiva do tipo depressivo com estado de ânimo disfórico, labilidade afectiva, episódios de irritabilidade e um estado de diminuição da iniciativa para desencadear os programas de acção, com apatia, hipotimia e desinteresse pelo mundo circundante (Wallin, Wilken & Kane, 2006; Sánchez-López *et al.*, 2004; Gallien & Robineau, 1999). Kurtzke (1983 *cit. in* Oliveira, Annes, Oliveira & Gabbai, 1999) refere que os principais sistemas comprometidos nesta doença constituem o Sistema Piramidal, Cerebelar, Tronco Encéfalico, Vias Sensitivas, Nervo Óptico, Vias de controlo esfíncteriano e Sistema Cognitivo.

Quadro 10. Principais alterações cognitivas em pacientes com Esclerose Múltipla (Adaptado de *Alterações cognitivas e Esclerose múltipla*, Comité de Trabalho Clínico do *Rehabilitation in Multiple Sclerosis*, n/d, p.5)

Alterações Cognitivas

DIFICULDADES DE MEMÓRIA

- prejuízo na memória a curto prazo (factos recentes);
- necessidade de mais tempo e esforço para recuperar a informação não comprometimento da memória procedimental.

DIFICULDADES DE ATENÇÃO, CONCENTRAÇÃO E VELOCIDADE DE PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO

- dificuldades em manter o foco atencional;
- facilmente se distraem e têm dificuldade em retomar o ponto onde ficaram;
- dificuldade na realização tarefas em simultâneo;
- diminuição na velocidade de concretização de tarefas que suscitam maior esforço para a tarefa ser realizada.

DIFICULDADES DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS

- Dificuldades no planeamento de acções;
- Dificuldades na tomada de decisão e resolução de problemas;
- Dificuldades em pré-programar a acção (seja ela verbal, motora, etc.).

DIFICULDADES NA LINGUAGEM

- Dificuldades na capacidade nominativa.

No que diz respeito ao tratamento, não existe uma medicação única para todos os sintomas e sinais da EM, existe sim medicação destinada a sintomas mais ou menos específicos. Para a atenuação dos surtos, utilizam-se corticosteróides, que têm como objectivo diminuir os processos inflamatórios, bem como o beta-interferão, copolímero ou imunoglobulinas (Aguirre, Berecoechea, Brest, *et al.*, 2004; Furtado & Tavares, 2005; Ferro & Pimentel, 2006)

CASO DE AVALIAÇÃO

CASO Nº 6

Identificação Sumária

Nome: S.C.V. **Sexo:** Feminino **Idade:** 31 anos **Estado civil:** Casada **Escolaridade:** 6º ano **Profissão:** Desempregada (ex. Operária fabril) **Residência:** Covilhã **Dominância manual:** direita. **Número de sessões realizadas:** 3 Sessões.

Motivo de avaliação: pedido efectuado pela Médica Neurologista, para avaliação das funções neuropsicológicas em paciente com diagnóstico de esclerose múltipla.

TESTES UTILIZADOS

- Mini Mental State Examination (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)
- Escalas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)
- Guião de Entrevista semi-estruturada
- Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE, Vaz Serra, 1994)
- BRB-N (Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests in Multiple Sclerosis).

ESTADO DE CONSCIÊNCIA E ATITUDE NA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO:

- Apresenta-se orientada espacial, auto e alo-psiquicamente, com evidência de déficite cognitivo devido essencialmente a prejuízo de orientação temporal (dificuldade de identificação de dia, mês e aspectos relacionados com a orientação temporal no que concerne a actividades de vida diária (AVD,s) (MMSE = 28 / NUMA PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL DE 30 para uma escolaridade inferior a 11 anos).

- Apresenta-se colaborativa durante todo o processo de avaliação bem como humor distímico (categorização em *Depressão Ligeira* de acordo com respostas ao IACLIDE e à entrevista clínica).

INFORMAÇÃO CLÍNICA RELEVANTE

Encontra-se diagnosticada formalmente com Esclerose Múltipla desde Março de 2006.

RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

FUNÇÕES MOTORAS - A exploração da capacidade de coordenação do acto motor avaliada através de tarefas *go-no-go* ou conflictivas motoras revela que a paciente manifesta dificuldade no desempenho desta função (*e.g.* toque sequencial dos dedos, abrir e fechar a mão direita). Quando se pede para realizar as tarefas mais depressa as dificuldades da paciente são incrementadas. Assim, apenas consegue realizar as tarefas satisfatoriamente, bilateralmente, quando as realiza devagar. Estas dificuldades na coordenação motora são mais notórias nas tarefas em que é pedido à paciente para dar dois toques com a mão direita e um com a esquerda, e vice-versa, apresentando dificuldade em inibir o acto motor bilateralmente (*e.g.* dá 3 ou 4 toques em vez de 2; em vez de um toque suave, dá um forte, etc.). A capacidade de mimetizar os mesmos movimentos que o avaliador realiza encontra-se ligeiramente afectada, realizando movimentos em espelho, devido em grande parte a mecanismos de impulsividade e padrão de dificuldade de focalização na tarefa, generalizando-se este aspecto para a maioria das provas efectuadas. A capacidade de desenho de figuras geométricas e padrões por cópia e instrução verbal é satisfatória, verificando-se contudo tremor da linha. Na avaliação da *praxis* ideatória e ideomotora, embora a paciente consiga representar a acção motora requisitada, o seu desempenho é pouco elucidativo. Quanto às *praxias* buco-articulatórias, a paciente é capaz de realizar movimentos simples (*e.g.* mostrar dentes) todavia, em movimentos cinestésicos apresenta dificuldade (*e.g.* colocar língua de fora, enrolá-la para cima e colocá-la entre os dentes e o lábio superior) continuando a realizar esta sequência.

FUNÇÕES RÍTMICAS- Globalmente, a percepção de estímulos acústicos e a execução motora de grupos rítmicos encontram-se afectada, não parecendo dever-se a déficits sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim ao padrão de impulsividade referido anteriormente. Tal aspecto acentua-se na capacidade de reprodução de um determinado ritmo, quer por cópia (ouvindo o avaliador a realizar) quer por instrução verbal.

FUNÇÕES TÁCTEIS - A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela que a paciente apresenta marcadas dificuldades em discriminar pontos de estimulação na mão direita, apresentando déficite similar no membro distal esquerdo embora com menor intensidade. Igualmente a capacidade de discriminação da ponta/cabeça de um alfinete, toques suaves/fortes, direcção dos movimentos encontra-se afectada de forma similar ao descrito no parágrafo anterior. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se mais afectada na mão direita que na esquerda. A avaliação da função estereognósica revela que a paciente apresenta dificuldade em reconhecer algumas figuras geométricas (refere um triângulo e uma cruz como sendo um quadrado), letras e números, com maior afecção da mão direita. O reconhecimento de objectos através do tacto não está prejudicado, ainda que este mesmo processo se encontre lentificado.

FUNÇÕES VISUAIS - A paciente reconhece objectos apresentados *in vivo* e desenhados. No entanto, apresenta dificuldade em identificar imagens em negativo bem como objectos sobrepostos. Apresenta grande dificuldade em identificar a parte que compõe um determinado padrão, identificar e colocar horas num relógio. Em suma, o desempenho da paciente em tarefas de organização visuo-espacial encontra-se deficitário essencialmente em tarefas viso-perceptivas complexas.

LINGUAGEM RECEPTIVA - A audição fonémica, avaliada por meio de tarefas de repetição verbal e escrita, encontra-se mantida, bem como a compreensão de palavras, frases, instruções simples e contraditórias (*e.g.* “*se agora estiver de dia aponte para o cartão preto, se estiver de noite aponte para o cartão cinzento*”). Em tarefas que requerem a manipulação cognitiva dos conteúdos verbais de elevada complexidade (*e.g.* “*Qual das raparigas é mais loira se a Maria é mais loira*”).

que a Joana mas mais morena que a Susana”), e maiores níveis atencionais, a paciente apresenta um desempenho deficitário.

LINGUAGEM EXPRESSIVA - A paciente apresenta um *rating verbal* médio-baixo (de acordo com aspectos normativos, para a sua idade e escolaridade), com dificuldade de expressão oral (anteriormente referido como *dificuldades buco-articulatórias*), tornando o seu discurso de difícil compreensão por terceiros, sendo ainda pobre em termos de conteúdo. Em tarefas de repetição de frases extensas, apresenta dificuldades em repeti-las na sua totalidade. Esta dificuldade parece dever-se a dificuldades no foco da atenção e/ou na memória imediata. A capacidade nominativa está mantida, quer através da apresentação de objectos ou imagens, quer a partir de descrições (e.g. *como se chama o objecto onde vemos as horas?*). A capacidade de reevocar uma história apresentada pelo avaliador é bastante deficitária. O discurso é pobre e os *nós de informação* que reevoca são insatisfatórios. A fala em sentido anterógrado e retrógrado está mantida, embora lentificada nesta última.

ESCRITA E LEITURA - A capacidade de escrita da paciente encontra-se normalizada para letras, sons, palavras simples e semi-complexas bem como expressões numéricas e algarismos.

CÁLCULO ARITMÉTICO - É capaz de compreender, escrever e reconhecer números, bem como identificar diferenças numéricas (e.g. *qual o maior, qual o menor*). Os cálculos aritméticos simples estão mantidos todavia não os complexos (e.g. 31-7). É capaz de identificar e integrar sinais aritméticos em operações numéricas, no entanto, no cálculo aritmético em subtracção simples e complexo (e.g. 100-7, ...) revela elevada dificuldade.

MEMÓRIA - Relativamente às funções mnésicas, a memória remota, episódica e memória procedimental estão globalmente preservadas. A capacidade de aprendizagem, avaliada por meio de uma tarefa de 7 itens verbais não-relacionados é satisfatória. A memória imediata visual e cinestésica apresenta défices ligeiros, obtendo melhores resultados nas tarefas verbais e acústicas. O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se fortemente deficitário, quer para palavras quer para frases. O desempenho em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias e de imagem-palavra encontra-se igualmente afectado. Globalmente recorda-se apenas das personagens de uma história (*memória associativa auditivo-verbal*) e em sete pares de palavras-imagens associadas (*memória associativa visuo-verbal*), apenas evoca correctamente 2 a 3 associações (Nota: a compreensão da tarefa foi assegurada). Estes resultados são bastante discrepantes da avaliação que a paciente faz da sua memória, segundo a qual, “*está boa*” e “*não sente dificuldades*” (exacerbação auto-critica da metamemória).

PROCESSOS INTELECTUAIS - A avaliação dos processos intelectuais revela que a paciente apresenta reduzidas competências de resolução de problemas e de raciocínio. A capacidade de compreensão de desenhos temáticos é reduzida bem como a de sequenciação de estímulos. Apresenta marcada dificuldade em detectar o absurdo e cómico em sequências visuais e as ilações retiradas a partir de estímulos prosaicos (e.g. provérbios, expressões populares) são pouco integrativas. A capacidade de diferenciação, comparação e de estabelecer relações lógicas entre conceitos encontra-se prejudicada. Em tarefas de resolução de problemas aritméticos por meio discursivo o seu desempenho é normativo em tarefas simples (adição, subtracção) todavia deficitário nas mais complexas.

Estes dados apontam para um funcionamento cognitivo pouco elaborado (concreto) provavelmente influenciado pelo baixo nível de escolaridade.

INTEGRAÇÃO E CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

A paciente revela dificuldades em grande parte das dimensões neuropsicológicas avaliadas. Algumas parecem ser sustentadas pela condição clínica da paciente, outras por uma baixa escolaridade. Revela dificuldade na coordenação e inibição do acto motor, realiza movimentos em espelho. A capacidade de reprodução de um determinado ritmo acústico, quer por cópia (ouvindo o avaliador a realizar) quer por instrução verbal está prejudicada. Apresenta marcadas dificuldades (bilaterais) em discriminar pontos de estimulação somatosensorial (de forma mais acentuada na mão direita)

e na discriminação simultânea de dois pontos. Revela esterognosia para algumas figuras geométricas, letras e números (bilateralmente). O desempenho da paciente em tarefas de organização visuo-perceptiva encontra-se prejudicado essencialmente em tarefas complexas (*e.g. dificuldade em identificar imagens em negativo, imagens sobrepostas, as partes que compõem um determinado padrão, identificar e colocar horas num relógio, etc.*).

A linguagem receptiva vê-se comprometida a vários níveis, contudo de forma mais acentuada em tarefas que requerem a manipulação cognitiva dos conteúdos verbais e maiores níveis atencionais. Apresenta um discurso pobre em termos de conteúdo (sem anomia), sendo esta dificuldade acentuada por dificuldades buco-articulatórias. Tanto ao nível da escrita como da leitura, os desempenhos da paciente afiguram-se mais deficitários em tarefas mais complexas do ponto de vista sintáctico-semântico. O cálculo aritmético em subtração bem como outras operações aritméticas mais complexas estão prejudicadas. Quanto às funções mnésicas, verifica-se um comprometimento a todos os níveis, exceptuando-se a memória remota (episódica), procedimental e imediata. Os dados da avaliação dos processos intelectuais remetem para um funcionamento cognitivo concreto, com pouca capacidade de elaboração das respostas apresentadas.

CONCLUSÃO

Presença de Patologia Psiquiátrica do Eixo I:

- Perturbação depressiva ligeira
- Perturbação de ansiedade moderada/severa, com características de elevada agressividade, perda de controlo dos impulsos e passagem ao acto (*e.g. agressão física na pessoa da irmã mais velha*).

Presença de Patologia do Eixo III: Condição médica geral

- Esclerose Múltipla (diagnóstico definitivo, com estudo da tipologia em decurso)

SUGESTÃO TERAPÊUTICA

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pela paciente sugere-se treino de atenção/concentração e memória bem como intervenção psico-educativa, no sentido de prevenir o agravamento das diversas dificuldades evidenciadas bem como estimular as funções mantidas. Procurar-se-ia também debelar as características psicopatológicas adstrictas ao Eixo I.

Componente 2

Competências de Intervenção:

**Neurologia, Psiquiatria e
Disfuncionalidade Humana**



O trabalho a seguir exposto enquadra-se no âmbito das perturbações Neurológicas (Hipertensão Intracraniana Benigna, Sela Turca Vazia, Bócio Difuso Simples, Hipertiroidismo), e Psiquiátricas (Distúrbio Obsessivo – Compulsivo e Ansiedade Generalizada) que por sua vez causam disfuncionalidade nos vários contextos diários (familiar, social, interpessoal, laboral).

Assim, inicia-se com uma exposição teórica acerca da definição conceptual de cada uma das perturbações transcritas no parágrafo anterior. Seguidamente, são explorados aspectos relativos ao processo de tratamento e intervenção para cada uma das patologias.

Posteriormente, apresenta-se um caso clínico que serviu de suporte ao Seminário de Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde 2006/2007. Após a apresentação dos resultados da avaliação inicia-se a descrição do processo de intervenção neuropsicológica. Sessão a sessão serão descritas as actividades desenvolvidas, encetadas de acordo com os objectivos de intervenção delineados para cada uma delas e finalizadas com uma avaliação e sumarização da própria sessão.

Para uma melhor compreensão da evolução da paciente, serão apresentados alguns desempenhos, bem como uma breve síntese clínica das dificuldades e melhorias manifestas. Torna-se fundamental referir que, na descrição detalhada das várias sessões, nomeadamente na exposição de todo o trabalho desenvolvido cooperativamente com a paciente é possível verificar uma interligação entre uma sustentação teórica de acordo com a panóplia de autores e vasta literatura neste âmbito e actividades/exercícios criados de forma idiossincrática e minuciosa para esta paciente em questão. Assim, intencionalmente é feita uma ponte paralela entre as actividades criadas de forma pessoal e aquilo que se defende e é apresentado pela literatura de base que muito sustenta a nossa formação académica.

Neste sentido, e não obstante o referido, as sessões estão delineadas tendo em conta o início do acompanhamento até à data de finalização do mesmo, embora possa ser dada a sensação na parte final que este trabalho desenvolvido para e com a paciente incorria de continuidade, e de facto é verdade.

Por sua vez, este trabalho encerra-se com uma breve reflexão crítica.

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA BENIGNA

Quinke, em 1897, descreveu pela primeira vez uma patologia caracterizada por sinais e sintomas de lesão intracraniana ocupando espaço (cefaleias, obscurecimentos visuais transitórios e papiledema), porém sem evidências de massa ou obstrução ventricular, com aumento da pressão intracraniana demonstrada por punção lombar (contudo, sem alterações significativas na composição do líquido cefalorraquidiano) (Pires, Costa, Rottenfusser, Dozza, Munerolli & Iser, 2001). Neste sentido, a Hipertensão Intracraniana Benigna (HIC, também designada de *pseudotumor cerebri* ou *hipertensão intracraniana idiopática*) caracteriza-se pelo aumento da pressão intracraniana sem aumento dos ventrículos ou lesões expansivas (Francis, Haywood, Rigden, Calver, & Clark, 2003; Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998; Santos, Parolin, Lindoso, Santos, & Sousa, 2005; Takayanagui, 2006). Neste sentido, a relação entre o conteúdo da caixa intracraniana e o seu volume determina a Pressão Intracraniana (PIC), que tem como referência a pressão atmosférica (Carlotti, Colli & Dias, 1998). A alteração do volume de um dos seus conteúdos pode causar a Hipertensão Intracraniana (HIC) (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003), que é uma condição patológica pelo aumento da pressão intracraniana não estando exclusivamente relacionado com uma lesão de massa ou hidrocefalia, verificando-se na imagiologia um tamanho pequeno – ou normal – dos ventrículos (Kessler, Novelli & Reigel, 1998). Relativamente à ocorrência da hipertensão intracraniana benigna ainda se verifica inconsistências quanto à etiologia exacta, daí a presença de vários teorias que procuram explicar este surgimento, nomeadamente pela obstrução ou interrupção dos veios intracranianos de drenagem, disfunção endócrina, abuso de vitamina A, e vários distúrbios hematológicos, medicamentos (vários medicamentos têm sido implicados com hipertensão intracraniana, nomeadamente danazol, tamoxifeno, hormona de crescimento, tetraciclina, ácido nalidíxico, lítium e cimetidina), doenças (hipertensão arterial sistémica, síndrome do ovário policístico, bem como outras comorbilidades, nomeadamente diabetes mellitus, disfunção da tiróide, hipoparatiroidismo, AVC, anemia ferropriva, colite ulcerativa, lúpus eritematoso sistémico, entre outras) (Kessler, Novelli & Reigel, 1998; Takayanagui, 2006). A hipertensão intracraniana idiopática (também designada de pseudoabcesso, edema cerebral de causa desconhecida, hidrocefalia tóxica, papiledema de etiologia indeterminada ou hipertensão intracraniana benigna) caracteriza-se por um distúrbio associado ao aumento da pressão intracraniana, neuroimagem sem alterações e composição do liquor compatível com a normalidade (Pires, Costa, Rottenfusser, Dozza, Munerolli & Iser, 2001; Takayanagui, 2006). Na situação de hipertensão intracraniana ser resultante de uma determinada doença de base ou associada ou consumo de drogas, o termo idiopático é incorrecto. Se houver evidências relevantes da associação causal com drogas ou alguma doença, a denominação mais correcta e apropriada seria hipertensão intracraniana secundária (Takayanagui, 2006). De igual modo, é uma condição caracterizada por sinais e sintomas devido ao aumento da pressão intracraniana,

ausência de resultados de localização através do exame neurológico, estudos neuro-diagnósticos normais com ausência de deformação, deslocamento ou obstrução do sistema ventricular, e um paciente acordado e alerta sem nenhuma outra causa do aumento da pressão intracraniana (Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998; Santos, Parolin, Lindoso, Santos, & Sousa, 2005). Qualquer situação que provoque o aumento de volume de um componente intracraniano obriga à diminuição dos outros componentes, para que não ocorra aumento da PIC. O processo de compensação frequentemente ocorre de acordo com a diminuição do volume de liquor e sangue, uma vez que a massa cerebral é menos compressível (Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003). Cerca de 30% da capacidade de diminuição do volume intracraniano é representada pelo liquor, que pode ser deslocado para o espaço espinhal subaracnóide ou absorvido pelas granulações aracnóides (Carlotti, Colli & Dias, 1998). O LCR é produzido em torno de 0,3 a 4,0ml/min., principalmente nos plexos coróides dos ventrículos laterais (70% da produção), e, em menor quantidade, por *transudação* de líquido através do epêndima (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Kessler, Novelli & Reigel, 1998). Uma vez produzido, o LCR dos ventrículos laterais circula através dos forames de Monro para o terceiro ventrículo e daí para o quarto ventrículo, através do aqueduto cerebral. Do quarto ventrículo, o LCR sai pelos forames de Luschka e Magendie e alcança as cisternas basais. Por via anterior, através das cisternas anteriores do tronco cerebral, alcança a convexidade do cérebro, após passar pela base dos lobos frontais e temporais. Por via posterior, o LCR que sai do quarto ventrículo circula pela cisterna magna, cisternas supracerebelares, cisternas ambientais e cisternas do corpo caloso, atingindo também a convexidade cerebral. Além disso, o LCR circula ao redor da medula no canal raquidiano, em um movimento de entrada e saída na caixa craniana. A propagação da corrente liquórica é atribuída ao efeito exercido pelas pulsações cardíacas nas artérias do plexo coróide, o qual provoca uma onda de pressão (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Gok, Kaptanoglu, Solaroglu, Okutan, & Beskonakli, 2003). As alterações liquóricas que levam à HIC, geralmente, são aquelas que causam obstrução da circulação liquórica em qualquer ponto da sua via e as que causam dificuldades na reabsorção do LCR (Carlotti, Colli & Dias, 1998). Quando se esgotam os mecanismos de compensação, como consequência ocorre o aumento da PIC. A elevação da PIC, por sua vez, pode provocar a diminuição da perfusão tecidual, levando ao agravamento da lesão celular por isquémia (Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003; Rotta, Silva, Ohlweiler & Riesgo, 2004), tendo como consequência a morte encefálica. A hipertensão intracraniana benigna pode surgir sem causa directamente identificável, secundária a uma trombose do seio venoso cerebral, ou após a uma intoxicação tóxica. As características sistémicas gerais incluem diariamente cefaleias frontais ou difusas, pulsação irregular, dores cervicais, nos membros superiores e inferiores. Embora definida como benigna, a PIC crónica resulta na compressão dos nervos ópticos que podem resultar na perda irreversível da visão. Deste modo, as manifestações oftalmológicas são importantes e são caracterizadas pelo papiledema, obscurações visuais passageiras, aumento das manchas da cortina (no

teste dos campos visuais), e paralisia do sexto nervo. A acuidade visual torna-se significativamente afectada na doença tardiamente e a perda do campo visual é extensa; assim, é extremamente importante identificar precocemente para evitar esta ocorrência (Pires, Costa, Rottenfusser, Dozza, Munerolli & Iser, 2001; Francis, Haywood, Rigden, Calver, & Clark, 2003). A pressão venosa intracraniana também deve ser considerada no estudo da etiologia da HIC, doenças intracranianas (fístulas arteriovenosas) e extracranianas (obesidade mórbida, trombose traumática de veias jugulares) podem causar o seu aumento e, secundariamente, HIC (Carlotti, Colli & Dias, 1998). Neste sentido, a Hipertensão Intracraniana (HIC) é uma condição clínica que tem como origem diferentes anormalidades, tanto do sistema nervoso central como sistémicas (Kessler, Novelli & Reigel, 1998). De igual modo, e de acordo com a literatura, a classificação é feita em primária e secundária. A forma primária pode ser subdividida em idiopática benigna e subtipos de factores precipitantes determinantes. Posteriormente, foram associados com outras condições nomeadamente **distúrbios metabólicos** (como a galatosemia, *doença maple syrup* e outras deficiências enzimáticas), **doenças nutricionais** (como o défice de vitamina A, vitamina D, *deprivation dwarfism and cystic fibrosis*), **distúrbios endócrinos** (como a deficiência de corticosteroide, *doença de Cushing*, doença de tiróide, *distúrbios para-tiróide* e distúrbio pituitária), **distúrbios hematológicos** (como a anemia, *polictímia vera* e *púrpura*), **infecções** (infecções virais, *doença de Lyme*, *diphtheria* e *tetanus*), **drogas** (como os antibióticos, esteróides, drogas psiquiátricas), **lesão traumática**, e estados de **obesidade na família** (Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998).

A forma secundária descreve condições que resultam do aumento da pressão intracraniana, como a veia cerebral ou trombose do seio sagital superior, tumores intracranianos, e síndromas pós-meningites (Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998). O diagnóstico requer uma história completa, bem como, a examinação do tamanho dos ventrículos, a medida da pressão do líquido cefalorraquidiano, e exclusão de lesão de massa (Kessler, Novelli & Reigel, 1998).

Manifestações Clínicas

A Hipertensão Intracraniana Benigna afecta principalmente mulheres jovens com obesidade e a sua morbilidade reside na diminuição da acuidade visual, devido à atrofia do nervo óptico (Pires, Costa, Rottenfusser, Dozza, Munerolli & Iser, 2001). De igual modo, as manifestações clássicas da HIC, nos adultos e nos adolescentes, caracterizam-se pela presença de **cefaleias** (frequentemente é de natureza pulsátil e holocraniana, podendo limitar-se ao vértice ou em áreas occipitais; geralmente é contínua e diária, agravando-se com manobras de Valsalva ou antes do despertar; ocasionalmente a dor pode manifestar-se em região retro-orbitária, mais severa com o movimento ocular, associada a náuseas, vómitos, fotofobia e fonofobia), **alterações visuais** (diplopia – parestia de um ou de ambos os nervos abducentes, cegueira episódica), **edema do disco bilateral** (a alteração do nervo óptico pode ser bilateral, por sua vez, o termo papiledema reserva-se ao edema de disco óptico devido ao aumento da

pressão intracraniana; mesmo sendo muitas vezes assimétrico, raramente apresenta-se unilateral), *movimentos desconjugados intermitentes, náuseas e vômitos; ruídos pulsáteis intracranianos* (acúfenos intracranianos de característica pulsátil e de tom grave, frequentemente os sons são unilaterais; o sintoma pode estar associado com perdas auditivas e tonturas; a compressão ipsilateral da veia jugular pode abolir os sons e a punção lombar diminui-os temporariamente); *disfunções visuais* (a acuidade visual apenas se modifica em pacientes com HIC após ocorrer uma perda severa do campo visual; o exame clínico simples da acuidade visual não demonstra qualquer certeza de que a visão encontra-se em padrões normais e jamais deve ser usada unicamente na avaliação clínica sequencial desses pacientes. Pode permanecer normal mesmo na presença de edema de disco óptico e/ou estreitamento do campo visual) (Pires, Costa, Rottenfusser, Dozza, Munerolli & Iser, 2001; Carlotti, Colli & Dias, 1998; Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003; Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998; Santos, Parolin, Lindoso, Santos, & Sousa, 2005; Takayanagui, 2006). Outros sinais que podem ser observados são os distúrbios psíquicos, paresia do VI nervo craniano (desvio medial do olho) que não tem valor como sinal localizatório, e tonturas (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003; Sallomi, Taylor, Hibbert, Sanders, Spalton, & Tonge, 1998; Santos, Parolin, Lindoso, Santos, & Sousa, 2005). As cefaleias ocorrem pelo aumento da pressão e por distensão da duramáter, dos vasos e dos nervos cranianos, que são estruturas que têm terminações nervosas sensitivas. Geralmente, tornam-se mais frequentes no período da manhã e acorda o paciente durante a noite, e pode melhorar durante o dia, quando o paciente permanece na posição supina o que facilita o retorno venoso (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Takayanagui, 2006). Os vômitos são devidos ao aumento da pressão e à irritação do assoalho do quarto ventrículo. Além disso, podem ocorrer tonturas e alterações discretas da marcha (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Takayanagui, 2006). No exame clínico, é importante o exame do fundo do olho para detectar o papiledema. O edema da papila ocorre por propagação retrógrada da hipertensão pelo espaço subaracnóideo ao redor do nervo óptico, que funciona como um manguito e dificulta o retorno venoso pela veia oftálmica que tem um trajecto parcial dentro do nervo. As cefaleias e os vômitos são comuns a muitas outras doenças mas o edema da papila é um sinal que, na maioria das vezes, indica HIC (Carlotti, Colli & Dias, 1998; Francis, Haywood, Rigden, Calver, & Clark, 2003; Giugno, Maia, Kunrath & Bizzi, 2003; Takayanagui, 2006).

SELA TURCA VAZIA

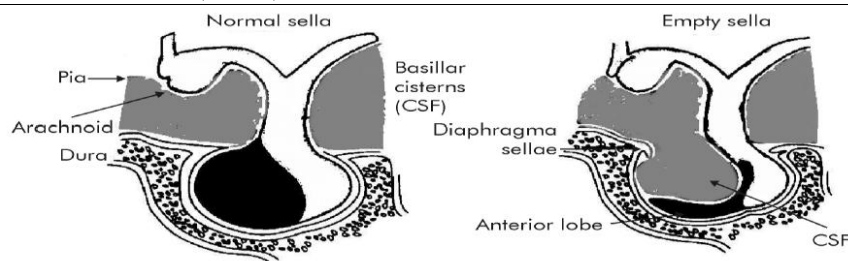
O termo “Sela Vazia” foi introduzido por Sheehan & Summers em 1949 enquanto descrevia uma necrose pituitária em uma mulher pós-parto. Dois anos depois, Busch desenvolveu um longo estudo e aplicou o termo para descrever a não visualização da glândula pituitária enquanto observava a sela turca em uma autópsia ou cirurgia (Atherton, & Kettner, 1999). Neste sentido, a **Sela Turca Vazia** é definida como uma herniação intraselar do espaço subaracnoideo supraselar com a compressão da

produção da glândula pituitária (Vries-Knoppert, 1986), em muitos casos, um *remodelling* da sela resulta de uma combinação de um diafragma selar incompleto e uma diminuição da pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR) (Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001). Assim, a sela vazia apresenta-se como uma sela parcialmente preenchida por líquido cefalorraquidiano (Atherton & Kettner, 1999; Czepielewski, Rollin, Casagrande, Ferreira & Ferreira, 2005), bem como, uma deformação ou aumento da sela turca justamente por esse preenchimento parcial ou total (Vries-Knoppert, 1986). A Sela Turca situa-se no centro dentro do osso esfenoide. Superiormente é transposto pelo diafragma selar e inferiormente é o topo do seio do esfenoide. Anteriormente é transposto pelos processos clinóides anteriores, o tracto óptico, e o canal óptico. Posteriormente, é transposto pelo dorso da Sela e os clinóides posteriores. Os nervos cranianos III e VI são particularmente vulneráveis às fracturas que se estendem mediantemente do osso temporal ao cume do esfenoide na própria Sela (Dublin & Poirier, 1976; Becktor, Einersen & Kjaer, 2000; Czepielewski, Rollin, Casagrande, Ferreira & Ferreira, 2005). De acordo com a informação fornecida através da Tomografia Axial Computadorizada relativamente à Sela Vazia, uma identidade anatómica radiológica de origem obscura e caracterizada pelo fluido sanguíneo cerebral (FSC) e o espaço subaracnoideo dentro da cavidade selar, que por sua vez, não é raro em crianças com dimorfismo pituitária (Cacciari, Zucchini, Ambrosetto, Tani, Carlá, Cicognani, Pirazzoli, Sganga, Balsamo, Cassio, & Zappulla, 1993; Gok, Kaptanoglu, Solaroglu, Okutan, & Beskonakli, 2003). Relativamente ao tamanho, a sela é completamente ou parcialmente preenchida com LCR (Vries-Knoppert, 1986; Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001). Pode ocorrer em qualquer idade ou sexo, embora seja mais frequente nas mulheres e em tenra idade (Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Becktor, Einersen & Kjaer, 2000; Atherton, & Kettner, 1999). No entanto, o termo “Sela Vazia” de facto, é um “*misnomer*” porque a sela não está completamente vazia, mas a pituitária está sempre presente quer anatomicamente como funcionalmente, embora seja frequentemente deslocada para baixo e comprime a pressão LCR (Atherton, & Kettner, 1999; Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Gok, Kaptanoglu, Solaroglu, Okutan, & Beskonakli, 2003).

A sela vazia pode ser classificada como *primária* (ou *idiopática*), quando ocorre em pessoas que não foram sujeitas a radiação pituitária ou cirurgia pituitária, enquanto que a descoberta da sela vazia durante estes procedimentos referidos classifica-se sela vazia *secundária* (Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Vries-Knoppert, 1986; Atherton, & Kettner, 1999). De igual modo, a sela vazia pode apresentar um tamanho normal ou aumentado; muitas vezes é associado o aumento da sela vazia a uma doença pituitária, sendo necessário incitar um diagnóstico adicional (Atherton, & Kettner, 1999). Por sua vez, um diafragma selar incompleto constitui um pré-requisito essencial para o desenvolvimento de sela vazia. Todos os outros factores serão somente predisponentes para o desenvolvimento de herniação intraselar subaracnoidea, embora causado pela diminuição da pressão no espaço subaracnoideo supraselar ou pela redução do tamanho da glândula pituitária (Agarwal,

Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Gok, Kaptanoglu, Solaroglu, Okutan, & Beskonakli, 2003). A causa associada ao aumento da Sela Vazia relaciona-se com um adenoma pituitário que sofre uma necrose e/ou hemorragia. Neste sentido, o aumento da Sela Vazia representa uma fase do curso espontâneo de alguns adenomas pituitários (Atherton, & Kettner, 1999; Kornblum & Osmond, 1999). Por sua vez, podemos diferenciar ainda entre Sela Vazia Primária e Sela Vazia Secundária. Neste sentido, passamos então à descrição primeiramente de Sela Vazia Primária: muitos pacientes com *Sela Vazia Primária* são assintomáticos e a detecção deste deficit pode ser acidental (tipicamente a síndrome da sela vazia primária em obesos). Estes pacientes, por vezes, podem apresentar cefaleias e hipertensão; relativamente às cefaleias, estas não são características padrão ou de localização e conseqüentemente pode conduzir a um exame (Raio-X) que permite descobrir esta deformação. Raramente é referida anormalidade visual de forma a diminuir a acuidade visual, constrição do campo periférico, hemianopsia bitemporal, ou quadrianopsia (Atherton, & Kettner, 1999; Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Becktor, Einersen & Kjaer, 2000). Em contrapartida a *sela turca vazia secundária* é associada ao acontecimento iatrogénico, tal como, cirurgia, radiação, ou ambas; ou com uma doença não-iatrogénica, tal como infecção da glândula pituitária (Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Kornblum & Osmond, 1999). A cirurgia da sela vazia é referida pela remoção dos tumores da pituitária ou da rota transfenoidal ou transcraniano, com o diafragma selar deficitário. Isto conduz subsequentemente à herniação do terceiro ventrículo e “*optic apparatus*” da sela vazia (Atherton, & Kettner, 1999; Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001; Czepielewski, Rollin, Casagrande, Ferreira & Ferreira, 2005). Os diversos estudos apresentados na literatura detectaram que nestes pacientes ocorriam anormalidades visuais, devido à adesão aracnóide e à tracção do aparato óptico. Por sua vez, podem apresentar inicialmente uma melhoria dos sintomas visuais com a cirurgia seguida pelo retorno dos sintomas devido ao desenvolvimento da sela vazia (Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal, 2001).

Figura 14. Demonstração da relação da sela anatomicamente normal (esquerda) e herniação aracnoidea por um diafragma sela incompleto, com um balão na sela (direita)



Fonte da imagem: Agarwal, Sahay, Bhadada, Reddy & Agarwal (2001).

Tem sido demonstrado, em importantes cirurgias, que as regiões selar e peri-selar podem ser acometidas por diversas lesões neoplásicas e não neoplásicas (congénitas ou do desenvolvimento, infecção, inflamação, cisto, trauma); apenas 9% não têm origem hipofisária (Fonseca, Souto, Domingues, Vaisman, Gadelha, Chimelli, Santos & Violante, 2001; Gondim, & Pinheiro, 2001;

Czepielewski, Rollin, Casagrande, Ferreira & Ferreira, 2005). O grau de disfunção endócrina é variável, incluindo hiperprolactinemia, hipopituitarismo (parcial ou total) e/ou diabetes insipidus central (Dublin & Poirier, 1976). Algumas lesões não apresentam alteração hormonal (laboratorial e clínica) (Fonseca, Souto, Domingues, Vaisman, Gadelha, Chimelli, Santos & Violante, 2001; Gondim, & Pinheiro, 2001). Avaliando as possíveis causas da sela vazia, torna-se possível questionar se o trauma perinatal possui menor importância na patogenia da sela vazia. De facto, embora a sela vazia seja frequente em pacientes com défices hormonais da pituitária, onde ocorre uma associação de alterações perinatal, vários autores verificaram a presença do fenómeno da sela vazia em outros distúrbios não associados com acontecimentos adversos perinatal (Cacciari, Zucchini, Ambrosetto, Tani, Carlá, Cicognani, *et. al*, 1993). No entanto, o facto dos pacientes com sela vazia não apresentar idades elevadas sugere uma origem congénita, possivelmente uma malformação, devido a um estado incompleto ou deficitário do diafragma selar; uma origem que só o follow-up dos pacientes confirmarão (Dublin & Poirier, 1976; Cacciari, Zucchini, Ambrosetto, Tani, Carlá, Cicognani, *et. al*, 1993).

Manifestações Clínicas

Vários sintomas têm sido associados à Sela Vazia, nomeadamente insuficiência pituitária ou hipersecreção, cefaleias, obesidade, défices visuais, hipertensão intracraniana benigna, rinorreia FSC não traumático, e hidrocefalia. As várias combinações destes sintomas contribuem para o desenvolvimento da síndrome da Sela Turca Vazia (Atherton, & Kettner, 1999).

HIPERTIROIDISMO E BÓCIO

A glândula tiróide é um órgão situado na região anterior do pescoço e consta de dois lóbulos simétricos embutidos nos lados da traqueia e da laringe, que estão unidos entre si por uma parte da estrutura glandular situada sobre a traqueia e denominada *istmo* (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004; Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000). Existem tabiques fibrosos que dividem a glândula em pseudolóbulos que, por sua vez, compõem-se de vesículas conhecidas como acinos ou folículos; de igual modo, existem ainda um grupo de células (em menor número) que são as células C produtoras de calcitonina, que podem dar lugar ao carcinoma medular da tiróide (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000). O eixo hipotálamo-hipófise-tiróide é controlado, em parte, por algumas células secretoras e hormonas do hipotálamo. Estas hormonas são conduzidas para o lobo anterior da hipófise, estimulando-a a secretar as suas próprias hormonas. A hormona hipotalâmica denominada hormona libertadora de tirotrófina (TRH), estimula a síntese e libertação da hormona estimulante da tiróide (TSH) que, conseqüentemente, permite à tiróide secretar duas hormonas principais, a tiroxina (T₄) e a triiodotironina (T₃). A hormona T₃ é responsável por mediar a acção da hormona tiroideia na célula e a T₄ regula a energia e a produção de calor; facilita o desenvolvimento saudável do sistema nervoso central, crescimento somático, e puberdade; regula a síntese de proteínas

importantes a nível das funções hepática, cardíaca, neurológica e muscular (Pereira, Neves & Medina, 2006). Estas hormonas, quando existem em concentrações altas no sangue interagem com o hipotálamo e a hipófise, influenciando-as na sua produção. A este processo denomina-se *feedback negativo* (Pereira, Neves & Medina, 2006). A função normal da tiróide consiste na secreção de hormonas (T4 e T3) para o desenvolvimento e regulação do metabolismo (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004; Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000). Neste sentido, pretende-se o contributo constante desta hormona para o crescimento, o desenvolvimento do encéfalo e para a conservação do metabolismo e a actividade funcional de quase todos os órgãos (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004). As patologias tiroideas manifestam-se por alterações qualitativas ou quantitativas da secreção hormonal e o aumento do tamanho da glândula (García, 2004). Assim, uma diminuição da secreção origina **Hipotiroidismo** que leva a uma diminuição do gasto calórico; por sua vez, uma secreção excessiva dá lugar a um estado hipermetabólico (**Hipertiroidismo**). Quanto ao tamanho glandular, este pode aumentar (**Bócio**) de maneira *uniforme* ou *focal* e associa-se com o aumento, normalidade ou diminuição da secreção hormonal dispendido da patologia de base (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; García, 2004; Castro, San Juan, & Carballido, 2004; Arap, Montenegro, Michaluart, Tavares & Ferraz, 2005). Relativamente ao Hipertiroidismo, e tendo em consideração o referido, consiste num aumento da síntese e da libertação de hormonas tiroidianas, sendo a tirotoxicose a síndrome clínica resultante (Zambrana, Zambrana, Neto, Gonçalves, Zambrana & Ushirobira, 2005; García, 2004; Castro, San Juan, & Carballido, 2004; Pereira, Neves & Medina, 2006). Para além deste aumento da produção das hormonas, ocorre também a elevação secundária dos níveis plasmáticos das mesmas, na sua forma total ou livre, e a consequente diminuição dos níveis de TSH (hormona estimulante da tiróide). Esta inibição evidencia-se pela ausência de aumento da TSH com a injeção exógena de TRH (hormona libertadora de TSH) (Bernal, Bonilla & Caldas, 2003). As hormonas tiroideas livres penetram nas células e induzem e estimulam o consumo de oxigénio; aumentam o calor corporal e as taxas de metabolismo de carbo-hidratos, gorduras e proteínas, e estimulam o mecanismo de retro-alimentação com a glândula hipófise (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004). Para sintetizar as hormonas tiroideas é necessário que se produza uma entrada de iodo na glândula; esta entrada faz-se pela acção da TSH; uma vez no seu interior, formam-se as iodotironinas que se unem à tiroglobulina, ao coloide que se encontra nesse local (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000). O indicador mais prematuro e sensível de alterações na função tiroidea corresponde aos níveis de TSH (hormona estimulante da tiróide) e, neste sentido, as variações em TSH antecedem a mudanças, obviamente verificáveis, nos valores de T3 e T4 total ou livre (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; Bernal, Bonilla & Caldas, 2003). A regulação da função tiroidea realiza-se por um mecanismo de retroalimentação junto com a hipófise e o hipotálamo (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004). O factor hipotalâmico é a TRH, que atravessa o

talo da hipófise e alcança a hipófise anterior, onde se estimula a produção de TSH, que por sua vez estimula a tiróide para a produção de T4 e T3 (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000).

Tendo em consideração tudo o que foi referido até ao momento, torna-se importante elicitare neste momento a distinção entre dois conceitos, que tendem a ser utilizados como sinónimos mas na realidade não o são. Neste sentido, o termo **tirotoxicose** refere-se às manifestações clínicas, fisiológicas e bioquímicas face à exposição e resposta dos tecidos à contribuição excessiva da hormona tiroidea; enquanto que, o termo **hipertiroidismo** somente deveria ser utilizado quando a hiperfunção mantida da tiróide produz tirotoxicoses (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; García, 2004). O hipertiroidismo pode ter diversas causas, nomeadamente, tiroidites, tumores pituitários, hipertiroidismo por mediação gonadotrófica, por indução de iodo ou por carcinoma; no entanto, uma das causas mais frequentes é a *doença de Graves* (Pereira, Neves & Medina, 2006; Neves, Delgado & Medina, 2006). Por conseguinte, os estados tirotóxicos classificam-se segundo se associem ou não ao hipertiroidismo (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; García, 2004). Independentemente do factor causal, os sintomas e sinais decorrentes da tirotoxicose são: irritabilidade, instabilidade emocional, fadiga, sudorese excessiva, emagrecimento, tremores, taquicardia, queixas oculares (*Graves*) e bócio (Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; Zambrana, Zambrana, Neto, Gonçalves, Zambrana & Ushirobira, 2005). A causa mais frequente de tirotoxicose é a doença de *Basedow-Graves* ou *Bócio Difuso Tóxico* (García, 2004). Caracteriza-se por três manifestações clínicas fundamentais, que são o hipertiroidismo com bócio difuso, a oftalmopatia e a dermopatia; embora não seja necessário que apareçam as três de forma simultânea e, inclusivamente, estas manifestações podem seguir uma evolução absolutamente independente entre si (Cian, Demarchi, Gay & Pérez, 2004; Bernal, Bonilla & Caldas, 2003; Molina, Valera, Hidalgo, León & Piédrola, 2000; García, 2004). Trata-se de uma doença auto-imune com tendência familiar e com associação com outras doenças auto-imunes endócrinas e não endócrinas (anemia perniciosa, artrite reumatóide, hepatite crónica activa) (Zambrana, Zambrana, Neto, Gonçalves, Zambrana & Ushirobira, 2005; García, 2004; Romaldini, Sgarbi & Farah, 2004).

Relativamente ao Bócio, este pode ser considerado atóxico ou simples, quando não há hiperfunção da glândula. Pode ser endémico, se houver carência de iodo na alimentação, ou esporádico, na ausência deste factor. O Bócio pode ser ainda classificado pela sua forma como difuso, uninodular ou multinodular. Pode ocorrer bócio difuso atóxico, fisiologicamente, durante a gestação ou na puberdade, quando há uma grande alteração hormonal em todo o organismo (Arap, Montenegro, Michaluart, Tavares & Ferraz, 2005). Existem três objectivos a considerar na elaboração do diagnóstico de bócio: avaliar se a natureza da lesão é benigna ou maligna, avaliar se a tiróide é hipo, hiper ou normofuncionante; avaliar se a presença do bócio provoca compressão da via aérea, digestiva ou estruturas vasculares, como a artéria carótida e os vasos da base (Fonseca, Souto, Domingues, Vaisman, Gadelha, Chimelli, Santos & Violante, 2001; ; Romaldini, Sgarbi & Farah,

2004; Zambrana, Zambrana, Neto, Gonçalves, Zambrana & Ushirobira, 2005; Arap, Montenegro, Michaluart, Tavares & Ferraz, 2005).

Manifestações Clínicas

A pertinência em associar a psicologia à endocrinologia e às doenças da tiróide prende-se ao facto de existirem evidências que comprovam que a prevalência de distúrbios psicológicos, nomeadamente fobias, ataques de pânico e depressão, em pacientes com patologia da tiróide, ser superior à sua prevalência na população geral (Pereira, Neves & Medina, 2006).

A influência que a tiróide opera no metabolismo geral repercute-se também no estado psicológico do indivíduo, afectando-o, antes, durante e após o diagnóstico. As mudanças neurocomportamentais e psicológicas associadas à tirotoxicose são múltiplas e variadas, e as queixas dos doentes, geralmente reportam-se à ansiedade e disforia, labilidade emocional, insónia e, em alguns casos, disfunção intelectual. Existe, também, um incremento dos trémulos e da impaciência, ficando as pessoas mais irritadas e agitadas, podendo facilmente atingir estados de raiva. Existem relatos de casos de paranóia e perturbações do sono, nomeadamente sonhos agitados e pesadelos (Pereira, Neves & Medina, 2006).

DISTÚRBO OBSESSIVO – COMPULSIVO

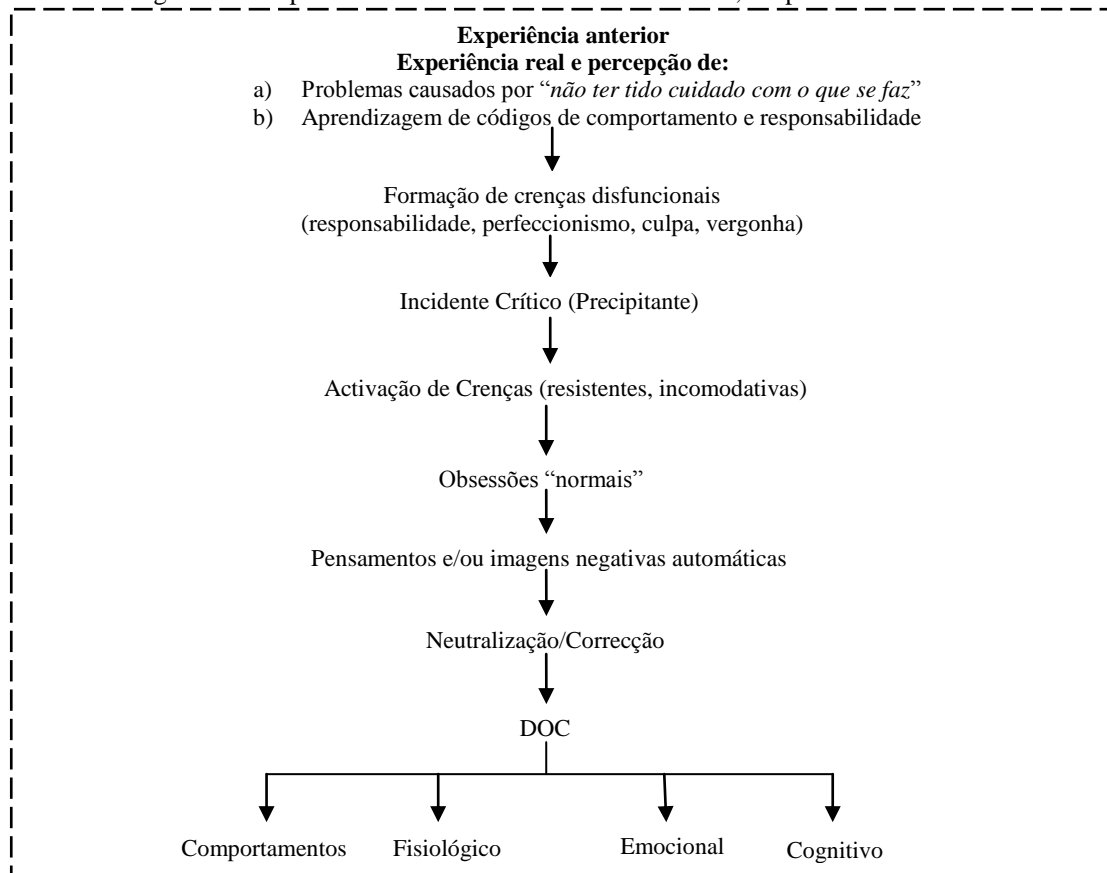
O Distúrbio Obsessivo-Compulsivo é um distúrbio de ansiedade em que a mente é inundada por pensamentos persistentes e incontroláveis (existência de obsessões e/ou compulsões recorrentes) sendo a pessoa compelida a repetir determinados actos (Pires, 2003; Mitsi, Silveira & Costa, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004) que interferem de modo significativo com o funcionamento diário da pessoa, tal como referem Farrell e Barrett (2006) e Mitsi, Silveira & Costa, (2004) originando forte desconforto. Contudo, é importante referir que esta perturbação se insere nos transtornos de Ansiedade, segundo a classificação actual do DSM-IV-TR (2003), sendo a ansiedade característica deste distúrbio, uma “*ansiedade patológica*”, de acordo com Pires (2003). Segundo este autor quando se fala em ansiedade no contexto da psicopatologia, refere-se a uma emoção que se situa fora dos limites normativos, tornando-se deste modo bloqueadora, inibidora, destruidora e perturbadora. A ansiedade é assim uma emoção extremamente negativa, que se caracteriza por sintomas corporais de tensão, de apreensão e de preocupação, no que diz respeito a coisas graves ou simplesmente vulgares, podendo ser por isso mesmo proporcional ou desproporcionalmente elevada (Ballenger, 1999; Baptista, 2000; Balow, 2004). Contudo, segundo Gleitman (2002), enquanto a ansiedade nas fobias (por exemplo) é precipitada por objectos ou situações exteriores, no Distúrbio Obsessivo-Compulsivo o mesmo não acontece, uma vez que a ansiedade é produzida por acontecimentos internos ao próprio sujeito, através de pensamentos ou desejos que se impõem à consciência e não podem ou são difíceis de ser suspensos (Dunner, 2001). De forma a compreender

como os medos e os evitamentos surgem, torna-se essencial referir os tipos de aprendizagens subjacentes a estes factores; face a isto e de acordo com Mowrer (1939), os medos e evitamentos seriam decorrentes de aprendizagens ocorridas em duas etapas: 1) *Aquisição por Condicionamento Clássico* e, 2) *Manutenção por Condicionamento Operante*, na medida em que o indivíduo aprende a reduzi-los mediante a adopção de estratégias como a fuga e o evitamento. De acordo com este modelo, as obsessões seriam estímulos internos anteriormente neutros que em consequência de experiências negativas, teriam ficado associadas à Ansiedade (*Condicionamento Clássico*). Se após o surgimento de um pensamento intrusivo, de conteúdo negativo ou catastrófico, a pessoa obtém alívio imediato ao realizar rituais ou através de comportamentos de segurança; o sujeito tenderá a repetir tais comportamentos no futuro (Reforço). Estas estratégias impedem a exposição e, consequentemente, a habituação, reforçando a tendência do indivíduo a adoptá-las novamente em situações semelhantes que venham a ocorrer (*Condicionamento Operante*). Com a repetição desse ciclo, os comportamentos de segurança e os rituais tornar-se-iam mais frequentes, estereotipados e repetitivos, passando a perpetuar-se (Lovell, 2000; Macedo & Pocinho, 2000). No caso particular do Distúrbio Obsessivo-Compulsivo, por exemplo, o doente usualmente entra num estado de activação que lhe gera tensão emocional de intensidade e duração variáveis, ou seja, tende a experimentar um aumento dos níveis de ansiedade (cognitiva, neurovegetativa e motora) depois de entrar em contacto com um objecto supostamente “contaminado” (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Petribú, 2001; APA, 2002; Ferrão, 2004; Miranda & Bordin, 2001). Entretanto, o indivíduo acaba por aprender a desenvolver e a emitir comportamentos compulsivos (de evitamento), organizados de forma ritualista que, contrariamente à expectativa que o doente cria, apenas reduzem temporariamente a ansiedade experimentada. Se, esses “*comportamentos redutores de estados de tensão emocional*” tiverem êxito, em termos de esbatimento da ansiedade obsessiva, são então reforçados, com tendência a manter-se no futuro (Macedo & Pocinho, 2000; Mitsi, Silveira & Costa, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). Os episódios de Ansiedade exacerbada são também, muitas vezes, acompanhados por cognições e comportamentos de modo a minimizarem a própria Ansiedade. Estas tácticas de *evitamento* têm efeitos paradoxais, na medida de, em vez de minimizarem a Ansiedade, estão a mantê-la. Isto ocorre como resultado de um processo que previne confrontações com estímulos receosos e nega o acesso a informação desconfirmatória (Beck, Emery & Greenberg, 1985; White, 2001; Wells, 1998; Lovell, 2000; Mitsi, Silveira & Costa, 2004). Os comportamentos de segurança são, muitas vezes, subtis e usualmente bem identificados através do trabalho desenvolvido com os pacientes que determina a função das mudanças comportamentais; são desenvolvidos para lidarem com os seus sintomas (“*O que faz para lidar com os seus sintomas que antes não fazia?*”) (White, 2001; Torres, 2001). Os pacientes rejeitam, a si próprios, a oportunidade de descobrirem que as estratégias de segurança servem somente para exacerbar os seus problemas. De igual modo, rejeitam a oportunidade de tirar a evidência de que as coisas não são tão perigosas como eles pensam

que são (White, 2001; Mitsi, Silveira & Costa, 2004). Para além destas questões da Ansiedade, o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (DOC) caracteriza-se pela presença de dois fenómenos distintos, nomeadamente as obsessões e as compulsões (Macedo & Pocinho, 2000; Torres & Smaira, 2001; Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003; Cordioli, 2004; Ferrão, 2004; Mitsi, Silveira & Costa, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). Assim, Wells (2003) refere que as **obsessões** são pensamentos persistentes, impulsos ou imagens, podendo ser igualmente, sentimentos, ideias ou sensações, que tal como já referido, são experimentadas como sendo intrusivas e inapropriadas (egodistónicos). Quanto à forma, os pensamentos obsessivos podem constituir-se por ideias, imagens ou impulsos repetitivos que, de maneira automática, invadem a consciência do indivíduo, sendo por isso intrusivos e, geralmente perturbadores (pelo próprio conteúdo, frequência ou ambos). Por sua vez, as **compulsões** caracterizam-se pelos actos ou rituais compulsivos, desta maneira, são comportamentos estereotipados (motores ou mentais) que podem ser repetitivos. O indivíduo frequentemente encara esses comportamentos ritualísticos como um modo de prevenir certos acontecimentos objectivamente improváveis (Macedo & Pocinho, 2000; Mitsi, Silveira & Costa, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). Estes comportamentos, podendo ser abertos ou cobertos, isto é cognitivos, são segundo Frances & Ross (2004), padrões ritualizados de pensamento que o indivíduo se sente compelido a repetir vezes sem conta de modo a afastar determinada catástrofe que receia, têm segundo Kaplan, Sadock & Grebb (2003), o objectivo de reduzir a intensa ansiedade que o sujeito sente, sendo igualmente uma resposta aos pensamentos intrusivos (Rosario-Campos & Mercadante, 2000; Mitsi, Silveira & Costa, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). As compulsões são vistas ainda, segundo Macedo e Pocinho (2000), como uma pressão para actuar, existindo a atribuição dessa pressão a forças internas, tendo sobretudo um carácter voluntário, destinando-se principalmente a “prevenir” o aparecimento ou a reduzir o transtorno de algum acontecimento ou situação temida. Macedo e Pocinho (2000) referem que são comportamentos estereotipados (motores ou mentais) que podem ser repetidos vezes sem conta. Estes comportamentos são reconhecidos pelo indivíduo como ineficazes e sem sentido, exagerado e excessivo, tentando resistir-lhe (Ferrão, 2004; Macedo & Pocinho, 2000). Os rituais são executados para aliviar um mal-estar descrito como ansiedade, sensação de urgência, imperfeição ou falha, sem uma preocupação ou medo específicos relacionados ao comportamento. As acções são repetidas até que a pessoa se sinta melhor ou considere que aquilo está “certo” ou concluído (Torres & Smaira, 2001; APA, 2002; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). Ou seja, pacientes obsessivos experimentam pensamentos intrusivos que eles “*tentam suprimir ou neutralizar com outros pensamentos ou acções*”. (Salkovskis, 1996, p. 56). O indivíduo interpreta os seus pensamentos obsessivos como indiscutíveis sinais de que algo temido (contaminação, acidentes, ferimentos) acontecerá a menos que faça algo (compulsões de lavagem, verificação, ordenação, simetria) que impeça tal facto. O comportamento compulsivo alivia temporariamente a ansiedade

gerada pelas obsessões, mas intensifica as preocupações quanto ao prejudicar a si mesmo ou aos demais e impede que esta crença seja testada na realidade, mantendo o problema (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Salkovskis, 1996; Range & Reis de Sousa, 1998; Mitsi, Silveira & Costa, 2004).

Figura 15. Modelo Cognitivo-Comportamental do desenvolvimento do DOC, adaptado de Salkovskis e Warwick (1988).



Tendo presente este modelo torna-se importante diferenciar cada possível resposta (comportamental, fisiológica, emocional e cognitivo) que um paciente poderá apresentar. Assim, em termos de comportamentos são considerados os evitamentos e restrições auto-impostas, verificação repetida, lavagem repetida e procura de segurança; a índole cognitiva refere-se a rituais cognitivos, atenção a informações negativas, incontrolabilidade, preocupação e ruminação; emocionalmente estão presentes a ansiedade, depressão e desconforto; enquanto em termos fisiológicos, fala-se em estimulação aumentada, mudanças no funcionamento corporal e perturbações de sono. Todos estes aspectos em Macedo e Pocinho (2000) são tidos em conta num protocolo terapêutico cognitivo-comportamental, sendo ainda essencial a construção de uma análise funcional das obsessões e compulsões, que distinga: o pensamento intrusivo, a resposta emocional e os esquemas cognitivos de perigo ou de ameaça, o pensamento automático e o ritual compulsivo. Todavia estes aspectos serão abordados no tópico do tratamento.

Avaliação

A avaliação do paciente é realizada mediante uma entrevista semi-estruturada que tem por objectivo identificar os sintomas obsessivo-compulsivos e manifestações do DOC: obsessões, rituais, rituais mentais, comportamentos associados (fuga, identificação obsessiva, procura de segurança,

ruminações), pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, além de estabelecer o diagnóstico de DOC, bem como os diagnósticos associados ou comorbidades. Deve incluir uma boa história psiquiátrica, identificando as situações, locais ou objectos que provocam os sintomas; esclarecer seu início, se insidioso ou abrupto, se precoce (ainda na infância ou adolescência) ou tardio (na idade adulta); se os sintomas são estáveis ou se apresentam flutuações; se estão associados ou não a alguma doença física (infecções de garganta, tiques, problemas neurológicos, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral) ou agente *stressor* importante; se são desencadeados ou agravados por conflitos familiares ou de outra natureza; o grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na família, nas actividades sociais; e se existem outros familiares com o mesmo problema (factor genético ou ambiental). É importante, ainda, um levantamento de tratamentos já realizados (medicamentos ou psicoterapia) e o grau de sucesso ou insucesso alcançado. Além da entrevista psiquiátrica usual, podem ser utilizados instrumentos padronizados (MINI, SCID) para o levantamento de comorbidades, escalas (Y-BOCS, NIHH- OC, CGI) para avaliar a gravidade dos sintomas (Cordioli, 2004; Ferrão, 2004),

Tratamento

O DOC tem sido amplamente estudado quanto à sua etiologia e possibilidades terapêuticas. O tratamento usualmente é feito com medicação antidepressiva, especialmente os ISRS e a clomipramina, e a psicoterapia cognitiva-comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Mansur, Cabral, Sartorelli, Lopes, Miguel, Bernik, *et al.* 2004). Para Cordioli (1998), a Terapia Comportamental baseia-se na teoria da aprendizagem (condicionamento clássico de Pavlov e operante de Skinner), para explicar o surgimento dos sintomas obsessivos; nos trabalhos de Wolpe em que este utiliza a exposição progressiva e a inibição recíproca para o tratamento de fobias e mais recentemente nos trabalhos de grupo de Londres, liderados por Marks, para a elaboração dos princípios da técnica. Foa & Franklin (2001, *cit. in* Pires, 2003) salientam a existência de resultados contraditórios quanto às técnicas utilizadas nesta terapia. Contudo, existe uma consistência que dá forma e justifica as actuais terapêuticas de Exposição e Prevenção de Resposta, bem como a sua eficácia (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Carr (1974 *cit. in* Bystritsky, 2004) sugere que uma pessoa obsessivo-compulsiva quando é colocada perante uma situação, em que tem um resultado potencialmente indesejável ou ameaçador, tende a sobrestimar as suas consequências negativas.

Por sua vez, Macedo e Pocinho (2000), referem que os objectivos terapêuticos consistem em ensinar os indivíduos a observar os seus próprios fenómenos mentais, aprendendo a distinguir pensamentos intrusivos dos pensamentos automáticos neutralizadores. Para tal, podem adoptar-se métodos de auto-monitorização, de actualização dos pressupostos ou crenças irracionais e de treino de resistência às obsessões. Joyce-Moniz (2002) refere ainda que o terapeuta deve ajudar o doente a proceder à análise racional das suas significações através do Diálogo Socrático Racional; do Teste da Realidade;

Relactivização Racional. Diversos estudos concluíram que uma conjugação de farmacologia com

psicoterapia são efectivas para a redução significativa dos sintomas. A eficácia da farmacoterapia no tratamento do distúrbio obsessivo-compulsivo foi comprovada em diversos estudos realizados no âmbito clínico. O psicofármaco de eleição, segundo Ramos (2004) é a Clomipramina, que é um medicamento tricíclico específico à serotonina que também é usada no tratamento de depressões. Outros fármacos usados para a recuperação deste distúrbio são os ISRSs (Inibidores da Recaptação de Serotonina), que incluem a fluoxetina, sertralina e paroxetina. Quando fracassa o tratamento com clomipramina ou um ISRS, muitos terapeutas melhoram a primeira prescrição farmacológica por outra, normalmente lítio ou mais recentemente inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), especialmente a fenelzina.

MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS DA PACIENTE D. P.

INFORMAÇÃO GERAL:

Nome: D. P. **Sexo:** Feminino **Idade:** 30 anos **Estado Civil:** Casada **Escolaridade:** Licenciada em Ciências da Comunicação

Profissão: Técnica de Administração

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

De acordo com a informação recolhida através da realização de uma entrevista semi-estruturada torna-se possível referir uma série de acontecimentos que parecem ter funcionado como predisponentes para a sua condição actual. D., foi aconselhada pela mãe para dirigir-se às consultas de Neuropsicologia do serviço de Neurologia do Hospital Cova da Beira – Covilhã, devido ao seu comportamento actual relacionado com excessivas preocupações quanto à limpeza bem como, o seu estado de humor. Filha única do primeiro casamento da mãe, embora tenha uma irmã mais nova (15 anos) fruto do segundo casamento, alcançando assim um ambiente familiar equilibrado. Torna-se fundamental referir a ausência de informação relativamente ao seu pai, ou seja, este assunto nunca foi abordado pela própria paciente. Na infância, era alvo de exigência e rigor, considerando-se já em criança como “*organizada e exigente...com as minhas coisas*”; “*gostava de ter sempre as coisas no lugar certo*”; “*tinha o meu quarto sempre organizado...limpava e arrumava tudo*”. Sempre teve uma infância normativa, quando comparada com meninas da sua idade, todavia, ao ter tido uma educação rígida e exigente, desenvolveu uma grande responsabilidade e organização com a figura maternal. Face a esta educação, D. habituou-se desde cedo a desenvolver padrões perfeccionistas com tudo o que estivesse ao seu redor. Habituada a práticas rígidas de limpeza e higiene, uma capacidade diminuta de resistência à frustração, padrões elevados de perfeccionismo, expectativas elevadas relativamente ao futuro, aquando dos vários internamentos no Hospital Universitário de Coimbra que culminaram no diagnóstico de Hipertensão Intracraniana Benigna (concomitantemente com Sela Turca Vazia, Bócio Difuso Simples e Hipertiroidismo) a paciente desenvolveu vários esquemas de fracasso e profecias de auto-desvalorização. Ainda relativamente ao seu historial clínico, engravidou

aos 27 anos, tendo sido considerada uma gravidez de alto risco. Após o nascimento do seu filho, os médicos consideraram que esta apresentava problemas psicológicos, tendo sido encaminhada para um psicólogo onde foi diagnosticada uma Depressão Pós-Parto. A paciente bem como o seu marido referem que após o nascimento do filho (este nasceu com 38 semanas, com hipertrofia das adenóides e com insuficiência respiratória) aumentou a frequência, duração e intensidade dos rituais de limpeza; assim, parece que este acontecimento funcionou como um dos factores precipitantes para a sua condição actual. Quando se desenvolveu a patologia viu-se a passar por um conjunto de obsessões e compulsões recorrentes, suficientemente intensas de modo que lhe provocam mal-estar acentuado, a ocuparem muito tempo e a interferirem significativamente com as suas rotinas diárias, o seu funcionamento ocupacional e com as relações com os outros. As ideias de natureza obsessiva correspondem a pensamentos repetitivos que D. desenvolve face a determinadas situações. Quando em contacto com situações que lhe provocam o medo de contaminação e sujidade, invadem-lhe pensamentos do tipo: *“estou toda suja”*, *“quando chegar a casa tenho que fazer limpeza e tomar banho”*, *“tenho de limpar o chão com lixívia para matar os bichos”*, *“não posso estar em sítios com muita gente senão roubam-me o ar”*, *“tenho que limpar várias vezes o pó por causa dos ácaros”*. As obsessões de contaminação caracterizam-se pelo medo de contaminação por micróbios não específicos e pela sujidade. D. afirma sentir necessidade de lavar o chão com lixívia várias vezes ao dia (e.g. *“Parece que vejo bichos”*); fazer verificações constantes à cama do filho para se certificar que ele lá está; incapacidade de deslocar-se a locais com muita gente ou fechados, nomeadamente hipermercados, restaurantes, cafés (e.g. *“parece que me roubam o ar”...“que fico sem ar”*); revela que, actualmente, sente dificuldades acentuadas em desempenhar correctamente o seu trabalho, pois é um local (Câmara Municipal da Covilhã, sector dos Transportes Escolares) que exige um contacto permanente com outras pessoas ao qual a paciente tem se demonstrado resistente; aquando do banho do filho, a paciente lava-o duas vezes consecutivas (e.g. *“é para ele ficar limpinho”*); lava as mãos com álcool; organiza os móveis da sala várias vezes ao dia. Deste modo, D. desenvolve rituais compulsivos de lavagem, envolve-se em múltiplos comportamentos de evitamento, que visam prevenir o perigo (imaginado) da exposição. Este tipo de comportamentos estendem-se a outras situações do seu quotidiano, nomeadamente no contexto laboral a paciente refere que deixa a sua secretária organizada e estruturada e se alguém mexe nas suas coisas apercebe-se e fica irritada. Refere ainda que desempenha as suas tarefas de forma estruturada (antecipadamente faz uma pré-estruturação), e quando ocorre alguma mudança, para a qual não se tinha preparado, revela dificuldades acentuadas em organizar-se, apresentando fisiologicamente tremores, sudorese, choro copioso, verbalizando *“não sou capaz”*. Revelando assim, disfuncionalidade também a nível laboral e social. De igual modo, D. desenvolveu comportamentos de rituais de verificação, nomeadamente em relação às portas de sua casa, que estão directamente relacionados com o comportamento – problema das verificações frequentes. Ao desempenhar estes rituais, a nível cognitivo, surgem-lhes os seguintes

pensamentos: “*tenho que vir sempre verificar se a porta está bem fechada senão pode ficar aberta e entra alguém*”, “*tenho que ir sempre verificar a porta até ir para a cama para ter a certeza que está fechada*”, “*tenho que fechar a porta com duas voltas senão pode entrar alguém*”, “*se não fechar com duas voltas a porta pode entrar alguém e eu não dou conta*”. Dada a experiência anterior, a experiência real e percepção de aprendizagem específica de códigos de comportamento e responsabilidade, D. formou crenças disfuncionais – transcritas ao longo do trabalho – que face a um incidente crítico ocorre a activação das crenças: as suas obsessões tornam-se o foco da responsabilidade, pensamentos automáticos negativos e o desenvolvimento extensivo de “neutralização/correção”. Face a isto, D. processa todos os comportamentos motores, cognitivos, emocionais e fisiológicos. De acordo com o marido, os comportamentos da paciente relacionam-se com características da sua própria personalidade, pois sempre a conheceu assim (e.g. “*sempre foi assim, desde quando ela tinha 10 anos*”), embora considere que se agravou desde o nascimento do filho e a consequente Depressão Pós-parto. Por sua vez, a paciente apresenta determinados traços personalísticos (e.g. “*sou teimosa, as coisas têm que ser à minha maneira, como eu quero, à hora que quero*”...”*se eu àquela hora – 22:00 – tinha forças para fazer limpeza, o meu marido também tinha, qualquer pessoa tinha, eu acho*”) que contribuem para a sua atitude face ao processo terapêutico.

É de considerar ainda, o comportamento alimentar da paciente na medida em que, frequentemente esquece-se de comer e depois quando o faz ingere uma quantidade exagerada de alimentos provocando-lhe consequentemente vômitos e mau-estar. Este facto encontra-se directamente relacionado com fortes flutuações de Humor. A paciente refere apresentar ainda perturbação do Sono, na medida em que ocorre permanecer três noites sem dormir, o que consequentemente lhe provoca acentuadas dificuldades de focalização da atenção e baixo rendimento laboral.

Concomitantemente com as dificuldades já apresentadas, a paciente apresenta episódios convulsivos de grande espectro (tónico-clónicas), embora esta condição médica esteja ainda em avaliação. Todavia, a paciente caracteriza esses episódios que têm ocorrido com maior regularidade, como tendo dores no peito, dificuldades de respiração, espasmos tónico-clónicas, “enrolar” a língua, movimentos rítmicos das pálpebras, perda de consciência. De igual modo, a paciente refere que a estes episódios antecedem períodos de elevada ansiedade e ruminação de pensamentos “*que não consegue afastar*” (cit.). Sendo esta informação confirmada pelo próprio marido em sessões posteriores. Embora a paciente enumere uma série de queixas, esta revela acentuada resistência na toma de medicação na medida em que, não mantém contínuo a prescrição médica pois interrompe o tratamento. Relativamente às repercussões que esta problemática parece despoletar e ser sustentada pelo relacionamento conjugal seria importante darmos aqui alguma atenção. Enquanto casal, a paciente juntamente com o marido referem algumas situações que decorrem e que, por sua vez, prejudicam o relacionamento, nomeadamente a perda de libido da paciente (e.g. “*desde que nasceu o Alexandre perdi o interesse em relações sexuais*”...”*não percebo a necessidade disso*”...”*não acho uma coisa*

importante”); as sucessivas compulsões relacionadas com a limpeza (e.g. o marido refere: “*não me sinto com forças, quer a nível físico quer psicológico, para conseguir dirigir as coisas que ela faz, para suportar as mesquinhas...limpar tudo várias vezes ao dia*”); a tentativa de inculcar determinados padrões de higiene e comportamentos de responsabilidade no filho de 2 anos (e.g. “*acho bonito quando vejo o meu filho com a esfregona e o detergente para desinfetar*”... “*é tão pequeno e já sabe que tem que limpar*”, “*ele já sabe me ajuda a guardar as almofadas dentro do armário*”); a resistência da paciente face à medicação na medida em que, mesmo com prescrição médica não mantém o tratamento contínuo provocando ansiedade e desespero do marido pois sente-se incapaz de ajudar a esposa. Neste sentido, verifica-se que o relacionamento entre casal encontra-se directamente influenciado e “desgastado” por todo este conjunto de obsessões, sintomatologia depressiva e padrão de impulsividade apresentando pela paciente.

❖ **HISTÓRIA CLÍNICA**

A paciente D. P. tem 29 anos de idade, reside no Concelho da Covilhã, é casada e reside com o marido e filho (2 anos). Licenciou-se em Ciências da Comunicação, bem como fez várias formações profissionais, e actualmente encontra-se desempregada (antes funcionária da Câmara Municipal da Covilhã no sector dos transportes escolares). É referida pela mãe à consulta de Neuropsicologia (já que esta era acompanhada juntamente com o seu pai neste serviço) após queixas sucessivas relativamente ao seu estado de humor. Apresenta historial de vários internamentos no Hospital Universitário de Coimbra que culminaram com o diagnóstico de Hipertensão intracraniana benigna (aos 18 anos); de Sela Turca Vazia; de Bócio Difuso Simples e Hipertiroidismo. Ainda relativamente ao seu historial clínico, engravidou aos 27 anos, tendo sido considerada uma gravidez de alto risco. Após o nascimento do seu filho, os médicos consideraram que esta apresentava um quadro clínico concernente com Depressão Pós-Parto, tendo sido encaminhada para um psicólogo.

❖ **AValiação Neuropsicológica**

Surge inicialmente acompanhada pelo marido que fornece informação clínica relevante, especialmente relacionado com as crises tónico-clónicas (nas quais a paciente perde a consciência) de que a paciente é acometida. A paciente apresenta-se orientada espaço-temporalmente, auto e alo-psi-quicamente. É capaz de enunciar adequadamente ano, mês, número, e dia de semana, localidade, distrito e país, onde reside e onde se encontra ao momento da avaliação. Embora apresente uma pontuação de 27 no exame do estado mental que é sugestivo de deficit cognitivo, os desempenhos erráticos reportam-se apenas à enunciação de um valor correcto na tarefa de cálculo aritmético em subtracção (diz 17 em vez de 18); não evoca dois elementos na tarefa de evocação. Assim, estes deficits parecem ser sustentados mais por dificuldades atencionais do que presença de deterioro cognitivo formal. Relativamente ao seu desempenho na Figura Complexa de Rey (por cópia), verifica-se um padrão rígido de perfeccionismo e rigor no desenho dos vários traços,

concomitantemente com a ausência de dificuldades de execução visuo-construtivas. Embora demonstra-se uma ligeira dificuldade de focalização da atenção em todos os pormenores da figura, integrou correctamente os vários elementos da imagem de modo a possibilitar uma construção o mais adequada possível. Por memória, a paciente apresentou, globalmente, um desempenho bastante satisfatório. De igual modo, a paciente foi avaliada formalmente por meio do IACLIDE (inventário formal de avaliação) que revela presença de **Depressão Grave** (pontuação total: 53), ou seja, a paciente sente-se incapaz em prosseguir com as suas actividades sociais e laborais. A análise factorial das respostas ao IACLIDE traduzem que a dificuldade da paciente no desempenho das tarefas, articulados a queixas biológicas e cognitivas, corresponde a um estado de incapacidade ou de limitação em continuar com as suas actividades sociais, laborais ou domésticas. Operacionalizando, a paciente refere sentir-se extremamente fatigada, apresenta ligeira anedonia expressa em desinteresse e não prazer em todas, ou quase todas as actividades (*e.g.* “*por mim passava o dia todo deitada na cama, no meu canto sem ninguém a chatear-me*”; “*só estou bem em casa*”), insónia (somente consegue dormir através da toma de medicação), diminuição da rapidez na execução de actividades, dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões (*e.g.* “*eu não consigo fazer nada sozinha... tenho que pedir sempre a alguém para me acompanhar*”); sentimento de profunda tristeza e desvalorização pessoal, perda de esperança no futuro, *etc.* Não é verbalizado pela paciente a existência de pensamentos recorrentes acerca da morte ou de planos concretos de passagem ao acto.

Funções Motoras

A exploração da capacidade de coordenação do acto motor manual revela que a paciente, globalmente, não manifesta dificuldades significativas no desempenho desta função, embora se verifique uma ligeira dificuldade ao nível do membro superior distal esquerdo (avaliado através de tarefas *go-no-go* ou conflictivas motoras). Quando se pede para realizar as tarefas aumentando a velocidade verifica-se uma ligeira dificuldade em realizar satisfatoriamente os movimentos, bilateralmente, devido em grande parte a mecanismos de impulsividade e padrão de dificuldade de focalização na tarefa, generalizando-se este aspecto para a maioria das provas efectuadas. A capacidade de organização óptico-espacial encontra-se satisfatoriamente mantida, sendo que em tarefas mais complexas a paciente demonstra maior lentificação para não cometer erros e assim, não executar movimentos em espelho. A capacidade de cópia e desenho livre de estímulos (*e.g.* figuras geométricas) encontra-se mantida, não se verificando tremor da linha escrita. Em alguns itens, a paciente não cumpre alguns requisitos da instrução (*e.g.* realizar o desenho com a ponta da caneta sem levantar), sustentados por mecanismos de atenção ineficazes. Não revela apraxia ideatória, ideomotora e construtiva. Mesmo na avaliação das praxias orais, a paciente é capaz de realizar movimentos simples (*e.g.* mostrar dentes) e cinestésicos (*e.g.* colocar língua de fora, enrolá-la para cima e colocá-la entre os dentes e o lábio superior). A capacidade de regulação verbal do acto motor

encontra-se igualmente normalizada (*e.g.* dar um toque suave se eu der um toque com força, dar um toque com força se der um toque suave).

Funções rítmicas

Globalmente, a percepção de estímulos acústicos e a execução motora de grupos rítmicos encontram-se normalizadas. Todavia, alguns erros cometidos parecem não dever-se a déficits sensoriais ou perceptivos centrais, antes sim ao padrão de impulsividade referido anteriormente. Tal aspecto acentua-se na capacidade de reprodução de um determinado ritmo, quer por cópia (ouvindo o avaliador a realizar) quer por instrução verbal.

Funções Tácteis

A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela que a paciente apresenta marcadas dificuldades em discriminar pontos de estimulação na mão direita, apresentando déficit similar no membro distal esquerdo embora com menor intensidade. Todavia, a capacidade de discriminação da ponta/cabeça de um alfinete, toques suaves/fortes, direcção dos movimentos não se encontra afectada. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se mais afectada na mão direita que na esquerda. As sensações musculares e das articulações quando avaliadas por meio de tarefas de colocação dos membros superiores em posição específica e reevocada através da colocação do lado contralateral, verifica-se que a paciente apresenta dificuldade em colocar a mesma posição no lado esquerdo (quando a posição inicial é no membro direito). Esta dificuldade é atenuada quando se utiliza o mesmo membro superior (*e.g.* colocar braço esquerdo num ângulo de 90 graus e voltar a colocar esse mesmo membro na mesma posição). A avaliação da função estereognósica revela-se normativa. A grafítesia encontra-se igualmente normalizada para o reconhecimento de números, letras e ainda figuras geométricas. O reconhecimento de objectos através do tacto não está prejudicado.

Funções visuais

A paciente reconhece objectos apresentados *in vivo* e desenhados em diferentes graus de complexidade (exceptua-se o reconhecimento de um telefone em imagem tipo negativo de fotografia, sendo que quando se sugere a sua natureza, a mesma é reconhecida adequadamente). Revela alguns desempenhos ligeiramente erráticos em tarefas mais complexas de organização visuo-espacial (*e.g.* completar uma parte de uma imagem tendo em conta a análise do todo; contabilizar um conjunto de blocos – os visíveis e os ocultados), todavia sustentados por mecanismos atencionais deficitários (uma vez que em várias situações corrige, e quando é chamada à atenção de algum desempenho desadequado, o faça correctamente).

Linguagem Receptiva

A audição fonémica, avaliada através de tarefas de repetição verbal e escrita, encontra-se normalizada. A compreensão de palavras, frases simples e ainda estruturas lógico-gramaticais é correcta. Destaque-se apenas algumas tarefas de maior complexidade e de maior exigência dos

recursos atencionais em que a paciente apresenta um desempenho semi-errático (numa parte da tarefa acerta, sendo que na seguinte erra), o que sustenta mais uma vez as dificuldades a nível da atenção.

Linguagem Expressiva

A linguagem expressiva, de forma global, encontra-se preservada: articula correctamente os sons da fala, repete palavras, séries de palavras, frases e parágrafos. A capacidade nominativa está mantida, quer através de apresentação de objectos ou imagens de objectos, quer a partir de descrições (*e.g. como se chama o objecto onde vemos as horas?*). Exibe um discurso fluente, compreensível por terceiros e sem parafasias.

Escrita e Leitura

A paciente é capaz de escrever palavras e frases, sendo mesmo capaz de escrever um texto temático. O desempenho em tarefas de leitura é igualmente íntegro.

Cálculo Aritmético

O seu desempenho em tarefas de destreza aritmética é normativo. É capaz de identificar e integrar sinais aritméticos em operações numéricas, no entanto, no cálculo aritmético em subtracção simples e complexo (*e.g. 100-7, ...*) revela elevada dificuldade.

Memória

Relativamente às funções mnésicas, a memória remota e memória procedimental estão globalmente preservadas. A capacidade de aprendizagem, medida por meio de uma tarefa de (7) itens não-relacionados, enquadra-se nos padrões normativos (Quadro 11). O processo de retenção e recuperação (*retrieval*) mediado por um processo de interferência encontra-se ligeiramente afectado, apresentando pontualmente alguns desempenhos incorrectos. No entanto, no quotidiano, a paciente refere sentir “esquecimentos frequentes”. O desempenho da paciente melhora aquando da realização de um segundo tipo de exercício do género, provavelmente motivado pela aprendizagem da tarefa.

Quadro 11. Desempenho da paciente em tarefa de memorização e evocação de 7 itens não relacionados.

Casa	Bosque	Gato	Noite	Mesa	Agulha	Tarte
☉	☉	X	☉	X	☉	☉
☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉
☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉
☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉
☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉

☉ - evocação correcta

X - não evocação

O desempenho em tarefas de memória associativa de reevocação de histórias e de imagem-palavra está normalizado. Nestas tarefas, a paciente menciona ter que realizar um grande esforço mental e atencional para memorizar a informação, aspecto este que se generaliza às tarefas quotidianas (profissionais e não profissionais).

Processos Intelectuais

A avaliação dos processos intelectuais revela que a paciente apresenta competências de resolução de problemas e de raciocínio. A paciente é capaz de compreender desenhos temáticos, apresentando uma resposta integrativa e elaborada, ainda que não mencione algumas particularidades dos estímulos.

Apresenta alguma dificuldade em detectar o absurdo e cómico em sequências visuais. É capaz de retirar ilações de estímulos prosaicos (*e.g.* provérbios, expressões populares) e apresenta um desempenho adequado em tarefas de formações de conceitos (definição, comparação e diferenciação, relações lógicas, analogias, categorias). Em tarefas de resolução de problemas aritméticos por meio discursivo o seu desempenho é normativo, quer em tarefas simples (adição, subtracção) quer em complexas.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

De entre a plethora de exames complementares de diagnóstico aquando dos vários internamentos no Hospital Universitário de Coimbra que culminaram com o diagnóstico de Hipertensão intracraniana benigna, Sela Turca Vazia, de Bócio Difuso Simples e Hipertiroidismo; destaque-se para este trabalho os resultados da Ressonância Magnética Encefálica (25 Janeiro de 2005). Esta revela que não se verificam alterações morfológicas, topográficas, ou volumétricas, quer do sistema ventrículo-cisternal, quer dos sulcos corticais cerebrais e cerebelosos. De igual modo, não revela sinais de lesão ocupando espaço, intra ou extra-axial, supra ou infra-tentorial, nem de outras lesões parenquimatosas focalizadas traduzidas por alterações da emissão de sinal das estruturas de substância branca e de substância cinzenta, ou pela presença de imagens vasculares de significado patológico. Verifica-se igualmente extenso aracnoidocelo intra-selar com laminação do tecido hipofisário contra as paredes da sela turca sem desvios da haste hipofisária.

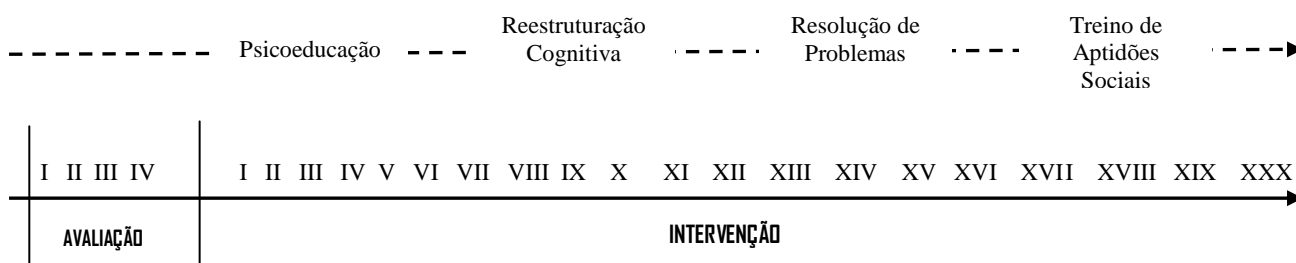
INTEGRAÇÃO DIAGNÓSTICA

As principais dificuldades da paciente registam-se ao nível das funções motoras, tácteis e memória. Apresenta dificuldade de coordenação do acto motor avaliado por meio de tarefas conflictivas bem como reprodução do movimento e posição dos membros superiores em forma contralateral, particularmente esquerdo. A exploração das sensações cutâneas distais superiores revela que a paciente apresenta marcadas dificuldades em discriminar pontos de estimulação na mão direita, apresentando déficite similar no membro distal esquerdo embora com menor intensidade. A capacidade de discriminação simultânea de dois pontos de estimulação encontra-se mais afectada na mão direita que na esquerda. Revela dificuldades em tarefas de memória imediata mediadas por um processo de interferência bem como em tarefas que requerem maior activação dos processos atencionais (*e.g.* tarefas verbais conflictivas). De forma global, os desempenhos erráticos evidenciados pela paciente, excluindo os acima mencionados, parecem ser sustentados por dificuldades nos mecanismos de atenção. De igual modo, importa ressaltar a relevância da sintomatologia depressiva já que tem sido considerada como um importante factor a considerar nas manifestações clínicas e sub-clínicas do desconforto psicoemocional em pacientes com diagnóstico neurológico.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CASO DA PACIENTE D. P.

Após uma primeira fase de avaliação, o programa de psicoterapia com a paciente D. P. foi estruturado tendo em consideração as dificuldades manifestadas pela mesma, e as suas condições médicas subjacentes que por sua vez, desempenham um papel fundamental na adesão e motivação no processo terapêutico; todavia, este ponto será discutido posteriormente (Figura 16).

Figura 16. Esquemática do processo de avaliação e acompanhamento psicoterapêutico na paciente D. P



Estabeleceu-se como linhas gerais de intervenção, e de acordo com o esquema da figura 4, iniciar-se o processo de explicação à paciente a natureza da sua patologia neurológica e psiquiátrica, o porquê dos seus sintomas e comportamento, fornecendo-lhe o racional teórico do seu quadro clínico bem como do tratamento que se pretende desenvolver (Dannon, Iancu & Grunhaus, 2002; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004), e tendo em consideração os aspectos idiossincráticos da própria paciente. Em todas as sessões, estas iniciam-se com uma breve sumarização da sessão anterior. Para além de todo o trabalho desenvolvido directamente junto à paciente, uma vez que a mesma apresenta um comportamento e atitude disfuncional em quase todas as áreas de funcionamento quotidiano interferindo directamente com marido enquanto casal, foram trabalhados com o mesmo a caracterização de cada condição neurológica e psiquiátrica da paciente bem como estas se manifestam em termos clínicos e psicológicos, o que por sua vez, influencia o seu comportamento nas diversas esferas pessoal e social, nomeadamente contexto familiar, pessoal, interpessoal, laboral; no sentido, de amenizar a sobrecarga emocional existente no próprio casal. Destaque-se o facto da paciente não ter sido alvo de qualquer outro tipo de acompanhamento paralelamente às sessões de psicoterapia, exceptuando o tratamento farmacológico (iniciado já no decorrer das sessões de psicoterapia). Actualmente a paciente encontra-se a tomar a seguinte medicação: Unilan^R 0,25mg – Alprazolam – Ansiolítico; Serpax^R 50mg – Sertralina – Antidepressivo; Clomax^R 2mg – Clomipramina – Ansiolítico; Tegretol^R CR – Carbamazepina – Neuroléptico.

Como largamente sugerido na literatura, o programa de intervenção foi projectado tendo por base uma avaliação cuidadosa e minuciosa do historial clínico, dificuldades e queixas bem como, avaliação da rede de suporte social. As sessões ocorreram uma vez por semana no Centro Hospitalar Cova da Beira com uma duração média de uma hora e meia. Na maioria das sessões surgia sozinha, sendo que pontualmente o marido assistia às consultas. De seguida, é apresentado todo o trabalho desenvolvido junto á paciente de forma estruturada e aprofundada, sessão a sessão.

❖ INTERVENÇÃO CLÍNICA

Plano Terapêutico	Sumário da Consulta
<u>4 Sessões de Avaliação</u>	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista Não-estruturada com a paciente e marido• Exame Breve do Estado Mental (Guerreiro, 1993 – Adapt. de Folstein, 1975)• Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Maia, Loureiro e Silva, 2002, Versão Experimental - Adapt. de Golden, Hammeke & Purisch, 1985)• Figura Complexa de Rey• Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)
<u>26 Sessões de Intervenção</u>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação para o Diagnóstico do Distúrbio Obsessivo-Compulsivo• Psico-educação acerca do Quadro Clínico Psiquiátrico e das condições médicas subjacentes, importância da fármaco-terapia; fornecimento de bibliografia• Encaminhamento para Avaliação/Consulta de Psiquiatria• Identificação das Obsessões e Compulsões realizadas pela paciente• Identificação dos Pensamentos automáticos negativos e crenças típicas do DOC com recurso a exercícios práticos• Tarefas de casa: treino na identificação e registo dos PA, distorções cognitivas e ansiedade associada• Estabelecimento de Pensamentos Racionais Alternativos e definição dos erros de processamento de informação• Familiarização do Modelo Cognitivo e com as técnicas cognitivas de correcção dos PAN e das crenças típicas do DOC• Treino de Assertividade – conceitos e a sua praticabilidade• Treino de Aptidões Sociais• Exercícios de Rolle-Play• Psico-educação – Exposição e Prevenção da resposta e o fenómeno da habituação• Treino de Relaxamento Muscular Progressivo• Reforço dos objectivos alcançados – Ganhos Terapêuticos• Estabelecimento de actividades sociais e pessoais para o casal e filho• Avaliação e orientação das práticas parentais• Exercícios práticos de exposição do ciclo “vicioso” da Ansiedade• Respiração Diafragmática e a sua aplicabilidade• Construção da Lista hierárquica em função do grau de desconforto• Exercícios recorrendo ao Questionamento Socrático• Psico-educação sobre o DOC (Marido) e o seu impacto na vida familiar• Técnicas de Distracção• Apresentação e discussão da técnica – torta/pizza de responsabilidade bem como, a sua aplicabilidade• Técnica “Flecha descendente”• Treino de Resolução de Problemas e a sua aplicabilidade• Prevenção da Recaída• Marcação de consultas de Follow-up

Observação: Procurou-se em todas as sessões suscitar o *insight* da paciente, incentivando a adesão e colaboração activa no tratamento. De igual modo, procedeu-se recorrentemente à discussão acerca dos acontecimentos diários relacionados com as compulsões, rituais, evitamentos bem como, situações indutoras de ansiedade.

FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO

SESSÃO I - SESSÃO II

As sessões terapêuticas iniciam-se com a revisão do tema para casa, e com a discussão das dúvidas. Após as sessões iniciais, e as que decorreram no período de avaliação, sugeriu-se à paciente uma consulta com um psiquiatra e a sua importância, de modo a estabilizar as oscilações de humor, bem como, o seu padrão obsessivo-compulsivo que apresenta. Torna-se importante ter em consideração a resistência da paciente à toma de medicação e à percepção que tem de si própria, que por sua vez é desvalorativa. Todavia, procurou-se de forma pedagógica (psicoeducação), transmitir informação necessária à paciente acerca da importância e natureza da farmacoterapia (Knapp & Isolan, 2005; Santin, Ceresér & Rosa, 2005) conjuntamente com a ênfase nas suas condições médicas e clínicas. Procurou-se que a paciente compreendesse **quatro aspectos**: partir do facto de que as suas condições

médicas são biologicamente determinadas, embora sofra influência do meio; torna-se indispensável o uso concomitante da farmacologia; é necessário que haja uma completa adesão à farmacoterapia. Assim, utilizou-se material instrucional (manuais) de forma a abordar a etiologia da doença, a epidemiologia, o prognóstico e os diferentes tratamentos existentes (Wielenska, 2001). De igual modo, pedagogicamente explicou-se à paciente a acção neuro-farmacológica da medicação prescrita, realçando novamente os efeitos positivos. Realçando que os medicamentos não devem ser interrompidos se a paciente não sentir benefícios após as primeiras semanas de uso, pois torna-se necessário a toma durante várias semanas. Todavia, a paciente apresenta extrema dificuldade em permanecer correctamente na toma de medicação (apresentando historial antigo de interrupções constantes do tratamento farmacológico sem indicação médica) estando esta atitude relacionada com vários factores, nomeadamente factores ligados à própria paciente (atitudes e crenças em relação ao tratamento), falta de conhecimento acerca da doença, características personalísticas, história familiar (de perturbação psiquiátrica), pois como defende Santin, Ceresér & Rosa (2005), todos estes factores enunciados contribuem para a não adesão a um tratamento farmacológico eficiente. Estes autores referem ainda que os motivos da não adesão relacionam-se com: a negação da doença, a oposição em fazer um tratamento profilático, principalmente a longo prazo, o receio de ter efeitos adversos. Isso parece reflectir a falta de *insight* ou aspectos de funcionamento neuropsicossocial da paciente (Wielenska, 2001). De igual modo, enfatizar que o uso de antidepressivos actua eficazmente no controle dos tais episódios de compulsão alimentar e de vómitos auto-induzidos.

SÍNTESE CLÍNICA

Duas semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Ligeiro *insight* e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- Negação de qualquer condição neurológica
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados)
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- Atitude de irresponsabilidade face ao processo terapêutico

SESSÃO III - SESSÃO IV

Nestas sessões procurou-se, inicialmente, enumerar as várias **obsessões** e, conseqüentemente, as **compulsões** realizadas pela própria paciente:

-
-
- Trancar as portas de casa, fazendo verificações constantes (*e.g.* “*tem que estar com os dois trinques, porque se tiver só com um não dá conta se alguém entrar*”) (**Compulsões de Verificação**)
 - **Compulsão/Necessidade de Simetria, ordenação**: a roupa, os alimentos, os objectos têm que estar organizados de acordo com o seu tamanho e cores. Os objectos precisam de estar simetricamente alinhados. A paciente refere se esta ordem for alterada ou não concretizada, surgem sensações de desconforto, mal-estar ou ansiedade.
 - Não veste a mesma peça de roupa duas vezes seguida, havendo roupa para estar em casa e roupa para andar na rua
 - Proibido de entrar no quarto com sapatos da rua (*e.g.* “*se por acaso acontece vou limpar logo a seguir*”)
 - Lavar o chão com lixívia várias vezes ao dia (*e.g.* “*Parece que vejo bichos*”)
-
-

-
-
- A paciente refere uma preocupação excessiva de que ela própria, o seu marido e filho, possam ser contaminados. Sente-se ansiosa, preocupada, ou com medo da sujeira, germes, poeiras (**Obsessões de contaminação**).
 - Necessidade que os outros decidam e verifiquem (e.g. acredita que não é capaz, que não fica com a certeza das coisas)
 - Tem de dormir com uma luz ligada para evitar o medo que sente do escuro.
 - Lavar as mãos com álcool; realiza lavagens excessivas ou ritualizadas de algumas partes do corpo, nomeadamente mãos (**Compulsões de limpeza e de lavagem**).
 - Organiza os móveis da sala várias vezes ao dia.
-
-

De igual modo, procurou-se identificar as situações, locais ou objectos que provocam os sintomas, se os sintomas são estáveis ou apresentam flutuações, o grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na família, nas actividades sociais, e se existem outros familiares na mesma situação (Wielenska, 2001). Neste momento, foi possível verificar que determinadas características da paciente estão directamente relacionadas com contextos familiares, nomeadamente com a sua mãe na medida em que também esta apresenta determinados traços obsessivos. Concomitantemente com as obsessões e compulsões bem como, com os evitamentos, está presente sintomatologia depressiva e disfunção alimentar. Assim, e como refere Glick (1994, p.104; In Andrade, 2000), a psicoeducação é entendida como a apresentação «... *de informações sobre sintomas, etiologia, tratamento e curso da doença, com os objectivos de aumentar o conhecimento e modificar comportamentos*». Torna-se então importante referir que este processo foi levado a cabo não só com a paciente, mas também com o seu marido. Esse aspecto educacional permite que se crie a oportunidade e, consequentemente, a maior probabilidade de ocorrer um aumento da adesão à medicação e à diminuição da frequência/ou intensidade das crises de ansiedade. Além disso, é um processo central na compreensão da perturbação bem como das estratégias a serem utilizadas (Wells, 1997). A abordagem psicoeducacional fornece informação acerca da natureza do medo, incluindo os seus determinantes, sinais, manifestações e consequências. Também fornecer informação sobre as formas de controlar o medo, tais como mudar percepções ou crenças, usando o relaxamento e adoptar comportamentos alternativos para lidar com o medo (Guanaes & Japur, 2001; Bond & Dryden, 2002). Torna-se indispensável que a paciente reconheça os seus sintomas, enquanto tais, e a necessidade do seu controlo. Faz parte do trabalho terapêutico a informação ampla à paciente, relativamente às características e vicissitudes da sua doença e das possibilidades de tratamento, visando assim o maior grau possível de adesão (Justo & Calil, 2004). Tal como referem Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden (2006) a psicoeducação deve englobar um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e os seus familiares a aprender o que precisam sobre a sua doença e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas de quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um ruminar mórbido do passado.

Como referido, o marido esteve presente na sessão para que compreenda também o que é o Distúrbio, que esclareça as suas dúvidas, e seja orientado em relação às atitudes mais adequadas, como por

exemplo, não reforçar rituais, não oferecer reassuramentos, mesmo em momentos de grande ansiedade, ou evitar críticas caso ocorram lapsos ou recaídas.

Neste sentido, o **programa psicoeducativo** englobou os seguintes tópicos:

-
- ✓ O que é o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo (DOC)? O que são as obsessões, compulsões e evitamentos? As suas possíveis causas, curso e prognóstico; o comprometimento e disfuncionalidade que provoca a nível do desempenho profissional, interferência nas relações interpessoais e familiares, e os tratamentos disponíveis.
 - ✓ Familiarização com o modelo cognitivo – comportamental: a influência de pensamentos e crenças sobre o comportamento (rituais e evitamentos); a relação funcional entre obsessões e rituais; as estratégias de neutralização que, embora provoquem um alívio imediato, perpetuam o DOC; as crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas.
 - ✓ Como a terapia cognitiva – comportamental pode provocar a redução dos sintomas: a sua base no fenómeno da habituação mediante a exposição in vivo de forma repetida e em níveis crescentes – embora suportáveis – de ansiedade e a correcção de crenças disfuncionais através de técnicas cognitivas.
 - ✓ Criar expectativas positivas de mudança, salientando que o sucesso depende essencialmente da adesão aos exercícios: tempo dedicado e frequência com que são realizados.
-

Assim, a paciente apresenta uma série de crenças disfuncionais que, embora não sejam específicas, contribuem para o agravamento e manutenção dos sintomas obsessivos – compulsivos. Tais crenças disfuncionais envolvem: a necessidade de controlá-lo, a necessidade de ter certeza, o perfeccionismo, a responsabilidade e a tendência de super-estimar o risco.

Outra dimensão avaliada relaciona-se com a auto-estima da paciente, pois refere não sentir-se atraente o que contribui fortemente para a construção de avaliações negativas, exacerbando a importância da imagem e, dessa forma, evita deslocar-se a locais de convívio social (*e.g.* cafés, restaurantes, shopping, etc.). Assim, a auto-estima é um importante componente da saúde psicológica. Vários estudos indicam que a baixa auto-estima frequentemente acompanha distúrbios psiquiátricos, nomeadamente perturbação depressiva major, distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares, entre outros. De igual modo, sugerem que a baixa auto-estima é um factor etiológico em várias condições psiquiátricas influenciando a sua qualidade de vida (Silverstone & Salsali, 2003; Justo & Calil, 2004); pois com o aumento da auto-estima a condição depressiva dos pacientes melhora, por sua vez, uma baixa auto-estima provoca estados depressivos (Insa, Pastor & Ochoa, 2001; Silverstone & Salsali, 2003; Sánchez, Benavides & Ramírez, 2005). Outro factor que contribui para o desenvolvimento de uma baixa auto-estima no caso da paciente é o aumento de peso, nomeadamente refere que se sente fracassada por pesar actualmente 83kg. Vários autores consideram que a principal consequência da obesidade é a perda de auto-estima, a qual pode conduzir – como já referido – ao desenvolvimento de um quadro depressivo, dado que, algumas pessoas tratam de compensar esta dita depressão usando a comida para aliviá-la (Justo & Calil, 2004; Cabral & Chaves, 2005; Sánchez, Benavides & Ramírez, 2005), que é o que ocorre na paciente em questão.

SÍNTESE CLÍNICA

Cinco semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- Adesão à medicação
- Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos
- Ausência de Insónias Primárias
- Retorno na consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo
- Negação de qualquer condição neurológica
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (e.g. cafés, restaurantes, hipermercados)
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- Adesão a actividades de realização em casa
- Melhoria da atitude de responsabilização face ao Processo Terapêutico

SESSÃO V- SESSÃO VII

Esta sessão centrou-se especificamente na exploração da perspectiva e atitude da paciente face às suas condições neurológicas e psiquiátrica. Todavia, verificou-se que a paciente recusa qualquer condição clínica (e.g. “*não tenho qualquer doença...aquilo que tive já passou...já estou curada*”) e esta negação do problema é frequente e funciona como uma forte limitação ao tratamento.

Foi solicitado à paciente a realização de um registo de auto-monitorização para as compulsões, ou seja, quantificar o número de vezes que a paciente executa um ritual (e.g. número de vezes que lavou as mãos pela manhã, ou número de verificações da porta que executou antes de se deitar, o número de vezes que varreu a cozinha, o número de vezes que limpou o chão, etc.); o tempo gasto para se arrumar antes de sair de casa, o número de minutos ou horas por dia em que a mente fica ocupada com uma determinada obsessão. Este pedido foi feito com a intenção de permitir uma maior consciencialização e compreensão das situações com as quais a paciente manifesta dificuldade em lidar bem como, a frequência da ocorrência das compulsões, de modo a ser possível uma identificação posterior de estratégias mais adaptativas e adequadas (Vieitas, 1999); mas também, permitir uma consciencialização e *insight* da própria paciente face ao seu comportamento. É importante explicar também que os registos deverão ser contingentes à ocorrência do comportamento para que nenhuma informação seja esquecida ou deturpada (Kirk, 1997).

A paciente refere que consciencializou-se que desempenha sucessivamente várias tarefas em casa ao realizar o registo de auto-monitorização solicitado na sessão anterior (e.g. “*cheguei à conclusão que varro muitas vezes o chão, porque ao fazer o registo vi que quando estava a escrever já ia em 5 vezes, e ainda era meio da tarde*”). Depois de confrontada com a situação refere “*perdi imenso tempo durante o dia a varrer o chão, coisa que podia estar a fazer outra coisa*”.

A técnica mais frequentemente empregue durante todo o processo terapêutico já desenvolvido relaciona-se com o Questionamento Sócrático. Principalmente nesta sessão esta técnica foi largamente usada, de forma a corrigir pensamentos automáticos e crenças erróneas identificadas em exercícios anteriores, ou seja, questionando a sua evidência, apresentar explicações alternativas, com o objectivo de substituir a forma de pensar não-racional por um raciocínio lógico. O questionamento, de acordo com Cordioli (1998), é feito em relação às obsessões, pensamentos automáticos e crenças que são activados por determinadas situações ou objectos usualmente seguidos da necessidade de

realizar algum ritual. Assim, a paciente deve, inicialmente, identificar uma situação na qual é compelida de realizar rituais ou adoptar comportamentos de evitamento; depois, deve identificar o que lhe passou na mente e quais foram as consequências no momento (*e.g.* aflição, ritual). Sugeriu-se que a paciente, por exemplo, fizesse esta questão a si própria: “*O que eu sentiria caso não executasse o ritual que normalmente executo ou não evitasse o que normalmente evito?*” e analisasse os pensamentos que surgem. Concomitantemente, procurou-se conhecer a estrutura sócio-familiar, enfatizando a importância da ajuda de parentes mais próximos (*e.g.* marido, mãe), que se criem condições de reconhecimento das várias condições presentes na paciente, e se estabeleçam estratégias de controlo, além de se identificarem factores de vulnerabilidade próprios do paciente, como fortemente defendem os autores Justo & Calil (2004).

Ainda nesta sessão abordou-se a consulta que teve com a Neurologista para avaliar possível diagnóstico de Epilepsia. Foi prescrito a realização de um mapa de registo diário sobre as cefaleias.

SÍNTESE CLÍNICA

Sete semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- Falha na adesão à medicação – interrompeu a toma do Neuroléptico (Tegretol CR)
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Melhoria do *insight* e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo através dos Registos de Auto-monitorização**
- Negação de qualquer condição neurológica
- Negação de diagnóstico de Epilepsia
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados)
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilização face ao processo terapêutico**

SESSÃO VIII – SESSÃO IX

A melhoria do *insight* sobre a doença torna-se essencial para realizar com êxito um programa psicoeducativo. Neste sentido, de forma a consolidar o envolvimento da paciente no processo terapêutico bem como, na adesão ao tratamento farmacológico, voltou-se a fornecer informação sobre as várias condições médicas e psiquiátrica; informação sobre os agentes psicofarmacológicos, as suas vantagens e os seus potenciais efeitos colaterais; ênfase sobre a importância das rotinas de manutenção – especialmente hábitos de sono; promoção de hábitos saudáveis; para assim, tentar entender a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal e, principalmente, tornarem-se responsáveis em relação à sua doença – e permitirem que colaborem activamente com o técnico em alguns aspectos do tratamento (Colom & Vieta, 2004; Knapp & Isolan, 2005). Foram trabalhados também os Ganhos Terapêuticos.

Conteúdos do **Programa Psicoeducativo** a ser abordado com a paciente todavia, não seguindo obrigatoriamente esta ordem:

1. O que é a Hipertensão Intracraniana Benigna? O que é a Sela Turca Vazia? O que é o Bócio Difuso Simples? O que é o Hipertiroidismo? O que é o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo?
2. Factores causais e desencadeantes
3. Sintomas de cada condição neurológica e psiquiátrica, respectivamente
4. Curso e desfecho

5. Tratamento para cada condição neurológica e psiquiátrica, respectivamente
6. Psicofarmacologia e terapias complementares
7. Riscos associados ao abandono do tratamento
8. Regularidade do estilo de vida
9. Estratégias de resolução de problemas
10. Estratégias de inoculação de stress

Esta sessão foi novamente destinada à reestruturação cognitiva, ou seja, como já referido em sessões anteriores, torna-se importante enfatizar o papel do medo dos sintomas físicos associados à ansiedade, às cognições catastróficas e do seu comportamento evitante que contribui para a génese e manutenção do Distúrbio Obsessivo – Compulsivo e ansiedade generalizada. Um dos modelos cognitivos mais representativos é o modelo de Beck (1976), segundo o qual a pessoa orienta-se em relação às suas vivências com base na sua matriz de esquemas. Um esquema é uma estrutura mental, que filtra, interpreta e codifica informação, podendo ser flexíveis ou cristalizados, e podem permanecer durante longos períodos (Vandenberghe, 2005). Assim, neste processo terapêutico a paciente aprende avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente, e a gerar pensamentos alternativos mais adaptativos. De igual modo, as crenças subjacentes aos pensamentos automáticos são identificadas e desafiadas, como também as distorções cognitivas que a paciente vai aprender a rotular e a corrigir. Recorrendo sistematicamente ao questionamento socrático que é a estratégia mais usada para desafiar as maneiras de pensar da paciente. Trabalhou-se também ao nível das suas expectativas no sentido de que se tornem realistas. Além disso, tentou-se que substituísse o seu objectivo (“*ficar boa*”) por pequenos objectivos que se possam alcançar ao longo do tempo, como forma que estes pequenos avanços possam ter um efeito reforçador na manutenção do envolvimento no processo de recuperação. Ou seja, colocar a ênfase no *sentir-se melhor* (no sentido de diminuir emoções negativas). Sugeriu-se a utilização de um *diário informático* onde regista o que fez durante o dia e como se sentiu. Esta é uma forma de estimular a memória de acontecimentos diários e consciencialização dos seus sentimentos (Simmons & Daw, 2003). Estudos demonstram a importância da determinação de metas/objectivos terapêuticos a cumprir e de focos para o tratamento, o que deve ser necessariamente trabalhado em conjunto com o paciente (Guanaes & Japur, 2001).

Este planeamento de actividades poderá ser feito recorrendo a um cronograma de actividades para cada hora e dia da semana, onde se regista numa escala de 0 a 100 os aspectos de ansiedade, prazer e domínio. O planeamento de actividades foi também introduzido de forma a existir uma re-introdução de actividades prazerosas, para identificar momentos de reflexão ansiosa, bem como problemas de perfeccionismo (*e.g.* a avaliação é sempre 0 ou 100) despoletadores de reacções ansiosas (Clark, 1997). De igual modo, procurou-se a normalização dos ritmos sociais, que são os padrões pessoais esperados de actividades e estimulação social. De acordo com Knapp & Isolan (2005), concomitantemente com a estabilização do humor é necessário, também, regularizar os ritmos sociais já que os efeitos desta estabilidade influenciam os ritmos circadianos. Assim, vai permitir regularizar e padronizar os ritmos diários da paciente e, simultaneamente, resolver determinados aspectos

interpessoais que afectam o seu estado de humor e a sua estabilidade dos ritmos diários. Pretende-se assim, que haja uma melhoria no funcionamento social e ocupacional, através de metas/objectivos definidos junto à paciente. A paciente refere um último episódio no qual demonstrou-se incapaz de controlar a sua ansiedade e, conseqüentemente, as suas compulsões; nomeadamente aquando do internamento do seu filho a paciente ao estar no hospital começaram a surgir um conjunto de obsessões relacionadas com a limpeza (e.g. “*as funcionárias não limpam em condições o chão, não colocam detergente nem varrem primeiro*”... “*comecei a imaginar o chão cheio de bichos*”), a partir das quais não conseguiu resistir as conseqüentes compulsões (e.g. “*tive que ir para casa e fazer uma grande limpeza*”... “*limpei tudo, ficou tudo a cheirar bem*”... “*depois tomei um banho para sair aquele cheiro todo do corpo*”). Todavia, a paciente refere que apesar de não ter resistido à ansiedade e angústia resultante daquela situação, tem consciência que não devia tê-lo feito.

Neste sentido, pretende-se dar continuidade à reestruturação do pensamento que conduz à interpretação catastrófica dos sintomas físicos da ansiedade. Assim, demonstrou-se para a paciente como os pensamentos influenciam as emoções e como identificar estes pensamentos automáticos.

Para isto utilizou-se as seguintes técnicas:

-
- ✓ *Análise dos erros de lógica* – procurou-se mostrar que os pensamentos são hipóteses e não factos. Portanto, o conteúdo destes pensamentos são questionados, para tal recorre-se sucessivamente ao **Questionamento Socrático**, isto é, procura-se as evidências que sustentam ou não a lógica do pensamento. Utilizou-se perguntas do género: “*Quais as evidências de que este é um pensamento realista?*” e “*O que de pior pode acontecer?*”. Todavia, procura-se sempre auxiliar a paciente a descobrir novas alternativas de pensar.
 - ✓ *Decatastrofização* – analisa-se detalhadamente a possibilidade real que o pensamento catastrófico acontece após a análise dos erros de lógica. Utilizou-se perguntas do género: “*E se acontecer?*” e “*E daí?*”. Assim, pretende-se que a paciente avalie as conseqüências, que são suportáveis e limitadas no tempo.
-

SÍNTESE CLÍNICA

Dez semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Ligeiro insight e consciencialização das suas condições neurológicas através do processo psico-educativo**
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (e.g. cafés, restaurantes, hipermercados)
- Incapacidade de resistência à frustração
- Incapacidade de resistência às obsessões e compulsões
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**

SESSÃO X – SESSÃO XI

A sessão iniciou-se com a revisão do trabalho de casa, elogiando-se a atitude e empenho da paciente pois referiu (reforçando com os registos de auto-monitorização preenchidos) – com bastante entusiasmo e *fácies* reactiva – que concretizou determinados objectivos inicialmente propostos, nomeadamente reduziu o número de certas compulsões (“*deixei de limpar o chão tantas vezes*”, “*já consigo limpar só 2 vezes...para quem limpava todos os dias, e às vezes várias vezes ao dia*”, “*agora só varro a cozinha 1 vez por dia*”). De igual modo, referiu que começou a revelar interesse em sair de casa com o marido e o filho, organizando planos e passeios familiares para grande surpresa do

próprio marido (“até o meu marido ficou surpreendido...nem queria acreditar que era eu a querer sair”), deixando os rituais de limpeza como secundários (“apercebi-me que é mais importante estar a fazer outras coisas do que fazer limpeza”). Ao visualizar o registo apresentado de seguida repara-se, curiosamente, os comentários que a paciente coloca que descreve ligeiramente a motivação e a satisfação da mesma face aos objectivos alcançados. Assim, inicialmente verifica-se uma descrição da paciente a referir uma ida ao Hipermercado e a sua satisfação em ter ido e não ocorreram estados

Registo de Auto-monitorização				
Situação ou Objecto	Sintoma: Obsessão (O), Compulsão (C), Evitamento (E)	Tempo (Duração)	Nº de Vezes	Grau de Desconforto
Ao chegar a casa	Lavagem excessiva das mãos (C)	30 minutos	10	8,5
Fui ao centro. Progredi 1/d e qual 10 cheguei sem havia mt gnt. Comprei a fronde pra a mãe e jardi. Debeis v- a Sma. Tudo alho pra mim. Ease Vanni e chip 2am 2 5 Casa - aude 2 table faze. pa mais mas levei aco e limpi a Sma de 1 x Casa limpei casebato em 2 Casa Vanna 10m 19 Good				
Ao fim de n sei qnt tempo atigi o objectivo. Sentimento: vitória eu n sou louca				

Data da Semana:

Figura 17. Registo de Auto-Monitorização realizado pela paciente em casa.

de ansiedade e medo exacerbados. De igual modo, verifica-se a redução da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais bem como, a concretização de um objectivos e a emoção associada, assim a paciente refere: “GOOD... Ao fim de não sei quanto tempo atingi um objectivo.... Sentimento: Vitória e não sou louca”. A paciente referiu ainda o internamento do filho, desde a noite anterior, no serviço de Pediatria devido a uma infecção bacteriana nos

pulmões. Face a este acontecimento, a paciente revelou uma atitude mais equilibrada e serena, não apresentando verbalizações auto-desvalorativas nem de culpabilização face à doença do filho (como era típico acontecer em qualquer situação ou acontecimento de conflito, doença e/ou não cumprimento de alguma tarefa inicialmente proposta à própria). Por sua vez, deu-se continuidade aos exercícios trabalhados na sessão anterior, nomeadamente com a Reestruturação cognitiva; ou seja, identificar os pensamentos catastróficos, o grau de ansiedade que produzem e o peso que estas crenças têm no doente; de forma a procurar substituir esses pensamentos automáticos negativos por pensamentos mais realistas. Assim, com a terapia cognitiva pretendeu-se identificar tais pensamentos e crenças e, através do questionamento socrático/lógico, fazer com que a paciente as colocasse em dúvida. Recorde-se que de acordo com a literatura, nomeadamente segundo Cordioli (2004), identificar e modificar as crenças podem auxiliar na adesão às tarefas de exposição e prevenção da resposta e na redução dos sintomas da perturbação; sendo este um dos objectivos a alcançar em sessões posteriores. Durante a sessão foi trabalhado – de forma conjunta e cooperativa – a identificação de respostas racionais para os pensamentos automáticos, tendo por intenção de base as concepções de alguns autores, particularmente Gouveia, Carvalho & Fonseca (2004), Clark (1989) e Jarrett & Rush (1988), em que, primeiramente se analisam as evidências que sustentam ou não esses pensamentos automáticos para depois reestruturá-los. Assim, tendo em consideração o

supramencionado, começou-se por ensinar a paciente a identificar e modificar as suas crenças e atitudes irracionais através dos exercícios de auto-monitorização. Por conseguinte a paciente revelou bastante interesse neste exercício já que, foram através deste tipo de registos que a mesma começou a assinalar as suas obsessões e consequentes compulsões, levando-a a objectivos diários de diminuição da frequência, intensidade e duração das respectivas compulsões, rituais e evitamentos. Por sua vez, foi comunicado a intenção deste tipo de exercícios e quais os objectivos subjacentes, realçando que os outros registos relativos ao número de compulsões realizadas e grau de desconforto associado, mantinham-se. Assim, solicitou-se à paciente para registar as cognições, emoções associadas e qual a sua atribuição face à possibilidade de acontecer o que teme em colunas paralelas dado que, segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), é um modo efectivo de se começar a examinar, avaliar e modificar as cognições dos pacientes.

Exemplo do registo fornecido à paciente:

Registo de Pensamentos Disfuncionais

Situação	Obsessão ou Pensamento Automático	Emoção associada	Caso acontecesse, o que significaria para mim?

De forma a auxiliar a paciente neste registo, e tendo em consideração que frequentemente os pacientes apresentam dificuldades em realizar estes exercícios, foi facultado à paciente (sendo inicialmente trabalhado na sessão) uma série de questões de forma a colocá-las a si própria e assim, preencher o registo. Neste sentido, para identificar os pensamentos automáticos, a emoção sentida (medo, culpa, nojo) e as interpretações erróneas ou catastróficas, responder inicialmente às seguintes questões:

- Que pensamentos (obsessões) invadiram a minha cabeça naquela situação ou ocasião?
- O que provocou tal pensamento (qual a situação, lembrança, pessoa, etc.)?
- O que passou pela minha cabeça (pensamento automático)? Que consequências eu imaginei e o que eu imaginei fazer para evitá-las?
- O que eu fiz (ritual, evitamento)?
- Como interpretei tal pensamento (porque ocorre, o que significa, o que poderia acontecer, quais as possíveis consequências, qual a minha responsabilidade)?
- O que eu senti na ocasião (emoção, medo, aflição) e depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?

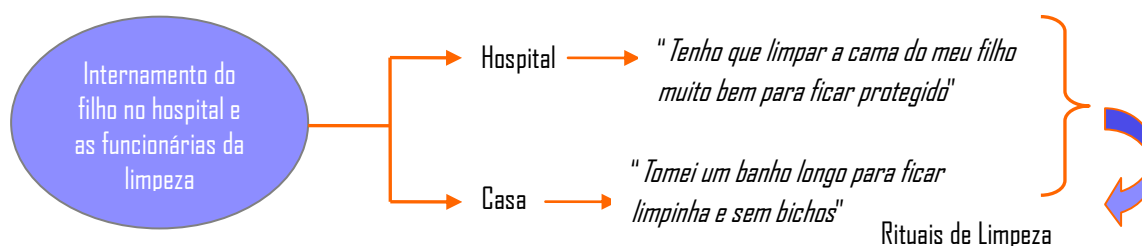
Após a identificação e posterior discussão dos pensamentos automáticos negativos procedeu-se à identificação de respostas razoáveis às suas cognições negativas, pretendendo-se que à medida que regista essas situações e cognições, a paciente recuperasse algum distanciamento do seu efeito, como defende Beck, Rush, Shaw & Emery (1979). Assim, procurou-se aumentar a objectividade da paciente acerca das suas cognições para demonstrar a relação entre cognições negativas, emoções desagradáveis e comportamentos desajustados, bem como fazer uma diferenciação entre um relato realista de situações e um relato distorcido por significados idiossincráticos.

Relativamente às crenças da paciente verificou-se que estão relacionadas com o **exagero/catastrofização do risco**, a **responsabilidade** e a **necessidade de ter a certeza**. E, como refere Cordioli (2004), este tipo de crenças são bastante evidentes no Distúrbio Obsessivo

Compulsivo, estando também presente o poder do pensamento. Para tal recorreu-se a um simples exercício, onde a paciente tinha que identificar as crenças subjacentes, ou seja, identificar no mínimo 3 obsessões ou rituais que a preocupava severamente e identificar a crença subjacente.

Obsessões e rituais	Crença

De acordo com a vasta literatura, os pacientes são, deste modo, encorajados a formular cognições mais adaptativas e, a testar a validade das suas crenças através de experiências comportamentais (McPherson, 1988; Williamson, Barker & Noriis, 1994; Wilson & Pike, 2001; Wardle, 1994b; Schwartz & Brownell, 2001; Williamson, Martin & Stewart, 2004; Pike, Loeb & Vitousek, 1996). Estas experiências comportamentais, de acordo com Beck, Rush, Ahaw e Emery (1979), podem ser consideradas como uma série de experiências projectadas para testar a validade das hipóteses ou ideias do paciente. Assim, através do Questionamento Socrático procurou-se colocar em dúvida as suas crenças, questionando as suas evidências, procurar explicações alternativas, com o objectivo de substituir a forma de pensar não racional por um raciocínio lógico. Naturalmente o questionamento foi feito em relação às obsessões, pensamentos automáticos e crenças que são activadas por determinadas situações ou objectos usualmente seguidos da necessidade de executar algum ritual. Assim, a paciente inicialmente identificou uma situação na qual foi compelida a realizar rituais ou a adoptar comportamentos de evitamento; depois, identificou o que lhe passou pela cabeça e quais foram as consequências no momento (ritual, aflição, medo, ansiedade). De forma a ser possível uma melhor compreensão de como, na prática, se realizou este exercício, torna-se necessário operacionalizar cada passo realizado. Face a esta discussão acerca das obsessões e consequentes compulsões bem como, a necessidade de realizar uma série de rituais ou evitamos de forma a neutralizar um conjunto de sintomas ansiogénicos despoletados face uma determinada situação ou acontecimento; a paciente referiu uma situação que descreve exactamente este ciclo “vicioso”. Neste sentido, referiu que quando estava a visitar o filho no hospital começou a observar as funcionárias da limpeza a realizar as suas funções, nesse instante começou a limpar a cama do filho com toalhetas de forma “a ficar protegido”. Após este momento, foi para casa limpar as várias divisões e tomar um banho “para ficar limpinha sem bichos”.



Face a esta situação, foram discutidas detalhadamente as suas cognições bem como o seu comportamento. De acordo com Fairburn (1985 cit. in Roca & Roca, 2005) deve-se seguir um processo de quatro etapas de forma a proceder à reestruturação, assim: (1) reduzir ou traduzir o

pensamento e a sua essência; (2) procurar argumentos e evidências, lógicas e empíricas, que apoiem esses pensamentos; (3) procurar argumentos e evidências que possam rebatê-los, se possível através de experiências comportamentais; e, por fim, (4) procurar uma conclusão razoável que utilizará para reger ou conduzir o seu comportamento e que substituirá as atitudes irracionais responsáveis pelos seus comportamentos e emoções contraproducentes (Wardle, 1994b; Wilson & Pike, 2001; Roca & Roca, 2005). Após a análise e interpretação da situação onde se procurou explicar quais eram as evidências da própria paciente, comportamentos e cognições alternativos, a paciente redigiu tal conclusão em forma de frases para cada atitude problemática, as quais poderiam ser utilizadas de diversas formas como por exemplo: anotá-las em cadernos que relê com frequência; recitar essa frase sempre que lhe surge um pensamento ou atitude problemática que deseja modificar; actuar segundo a mesma e contra as atitudes irracionais, entre outras.

Na finalização da sessão procedeu-se à explicação do trabalho de casa, realçando a importância desta mesma concretização como parte essencial da intervenção psicoterapêutica. Pois, como defende vários autores, nomeadamente Fairburn & Cooper (1989) e Pike, Loeb & Vitousek (1996), os trabalhos de casa fornecem material importante para a compreensão e tratamento da perturbação em questão. Deste modo, a paciente foi instruída a escrever numa coluna as suas cognições ou pensamentos disfuncionais e, noutra coluna, escrever uma “resposta razoável” a essas mesmas cognições, mantendo as outras colunas para o registo das emoções, comportamentos, e a situação específica que precedeu a essa cognição.

Aquando da finalização da sessão, solicitou-se à paciente para que avaliasse a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si. Isto, de acordo com a orientação do próprio terapeuta. Bem como, reforçou-se a ideia de que a prática continuada dos vários exercícios aprendidos durante as sessões terapêuticas são de crucial importância para o êxito terapêutico. De igual modo, em cada sessão foi pedido sempre um feedback à paciente acerca da informação que lhe foi dada, de forma a ser possível compreender se a paciente compreendeu toda a informação transmitida (bem como a possibilidade de existir dúvidas), se fez uma interpretação adequada da informação, assim como um sumário dos tópicos mais significativos que foram discutidos. Pois, segundo Clark & Salkovskis (1987 *cit in* Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004), estes sumários não só ajudam a educar o doente, como ajudam o terapeuta a perceber com exactidão os problemas do doente.

SESSÃO XII – SESSÃO XIII

A sessão iniciou-se, como habitualmente, com a revisão e discussão do trabalho de casa bem como, o esclarecimento de dúvidas quanto à identificação de respostas racionais alternativas face a cada situação ou acontecimento vivido. Assim, constatou-se que, de facto, começa a haver a tentativa persistente em diminuir a intensidade, frequência e duração da série de compulsões, rituais e evitamentos. E, nestes casos, a paciente foi sempre reforçada nesse sentido onde se discutiu aspectos

positivos e negativos (se existisse) de cada ganho terapêutico, onde a paciente referia “*sinto-me mais motivada para continuar... quero parar com esta mania das limpezas*”. Pelo registo apresentado, verifica-se a satisfação e o apreço da paciente quando atinge determinado objectivo “*reduzir a*

Registo de Auto-monitorização				
Situação ou Objecto	Sintoma: Obsessão (O), Compulsão (C), Evitamento (E)	Tempo (Duração)	Nº de Vezes	Grav de Desconforto
Ao chegar a casa	Lavagem excessiva das mãos (C)	30 minutos	10	8,5
Casa	Verano chqf	1em	2 ↑	8
Casa	Javei casebato	2am	2	7
Casa	Javei bancada	2am	3	7
Casa	Javei emba	?	2	5
Casa	pluigi fonde	2am	3	7
Trabalho	Anunci tel	15m	2	7
Trabalho	Verifici tel	?	4	9
~~~~~				
Casa	Verano chqf	1em	2	
Casa	Louca			
<p><i>sem - nenhuma é possível viver sem lavar e do tel as obs. Suo? 2 dias</i></p>				

Data da Semana:

*intensidade, frequência e duração de determinada compulsão e/ou evitamento*”, onde refere: **BOM BOM**.

Por sua vez, esta sessão destinou-se a abordar/explorar outra área problemática da paciente em estudo, estando directamente relacionadas com as suas dificuldades de relacionamento interpessoal e laboral levando-a a comportamentos e atitudes desajustadas e agressivas com as suas colegas de trabalho e padrões. Estas situações de conflito provocavam momentos de tensão entre colegas

**Figura 18.** Registo de Auto-Monitorização da paciente

bem como, o próprio desgaste físico e emocional pois “*não sei como reagir a estas situações... ou começo a chorar ou começo logo a gritar*”. Tendo em consideração estas queixas, iniciou-se juntamente com a paciente o treino de Assertividade, onde se começou de forma pedagógica a explicar sobre o que se entende por este conceito e as suas características inerentes, e a sua aplicabilidade na prática. Assim, numa panóplia de definições na literatura apresentou-se a explicação de Alberti & Emmons (*cit. in* Wilson, 2005), na qual refere que é uma técnica comportamental utilizada para modificar e melhorar os défices, conflitos e ansiedade interpessoal do indivíduo. Neste sentido, tem como um dos objectivos ajudar o indivíduo a ter controlo sobre si mesmo, ser menos submisso e mais expressivo (ou menos agressivo e hostil), que resulta na capacidade de influenciar a maneira como os outros se comportam em relação a si, principalmente quando esses o ofendem (Bower, Bower, 1991; Galassi, Galassi, 1997; Vaz Serra, 2003). Isto desenvolve confiança no sujeito e permite assegurar que essas aptidões sejam assimiladas e tornem-se parte do repertório comportamental do sujeito (Hurtchings, Comins, Offiler, 1991; Feltham, Horton, 2000). Deste modo, começou-se por, inicialmente, identificar as situações (nas áreas familiar, social e profissional) em que a paciente sentia maiores dificuldades; posteriormente, estabeleceu-se uma hierarquia de situações organizadas segundo as suas características específicas, e em relação às quais a paciente discriminou quais seriam as mais fáceis ou as mais difíceis para si, ou seja, tendo em conta as suas aptidões e o desconforto que nelas sente. Finalizou-se este tópico da sessão de uma forma mais prática (já que a sessão anterior tinha sido exclusivamente teórica), assim, através do *Role-Play* foi possível simular ou representar determinadas respostas adequadas de acordo com as situações criadas, tendo em conta que a paciente apresentava dificuldades e/ou atitudes incorrectas em situações de

interacção no contexto social e laboral, respectivamente. Deste modo, procedeu-se também ao esclarecimento de pensamentos disfuncionais ou erróneos, bem como foi sempre apresentado um ponto de vista alternativo a adoptar e, esclarecimento de possíveis factores que interferem na expressão emocional apropriada. Foi sugerido à paciente praticar os comportamentos apropriados directamente no seu contexto (real).

Concomitantemente com o treino de assertividade foram também abordados determinados aspectos sociais, particularmente como melhorar ou aperfeiçoar a auto-regulação emocional, bem como a tolerância ao stress; tal como nos apresenta Wilson (2005) relativamente ao treino de aptidões sociais. O desenvolvimento e a aplicação destas técnicas são fundamentais pois, em concordância com Vaz Serra (2003), permitem o melhoramento do funcionamento pessoal. Através destas técnicas, a paciente começou a desenvolver sentimentos de auto-confiança, pois começou a aperceber-se que já começava a saber como lidar com determinadas situações de relacionamentos com as colegas e patrão do seu local de trabalho, sendo reforçada positivamente pelas mesmas devido à sua nova atitude. Assim, começaram a criar-se reacções positivas também por parte dos Outros, uma melhor comunicação interpessoal bem como, a reduzir sintomas somáticos e psicossomáticos associados a situações de ansiedade.

Finalizou-se a sessão relembrando a continuidade do trabalho de casa, e de forma sucinta, realizou-se uma sumarização dos aspectos fundamentais a ter em consideração, realçando a importância deste treino na prática social e laboral, praticamente em qualquer interacção pessoal e interpessoal. Referiu-se ainda, que ao minimizar esta área problemática, adquirindo um conjunto de aptidões e atitudes assertivas, isso irá reflectir-se no seu bem-estar para si própria e para os Outros ao seu redor. Solicitou-se à paciente para avaliar a sessão, nomeadamente quais os tópicos mais relevantes e que mais lhe interessou. Nesta sessão, a paciente demonstrou especial interesse pois, por iniciativa própria, preferiu anotar esses mesmos aspectos relevantes no seu caderno no sentido “*depois é para eu ler e não me esquecer*”.

#### SÍNTESE CLÍNICA

Catorze semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

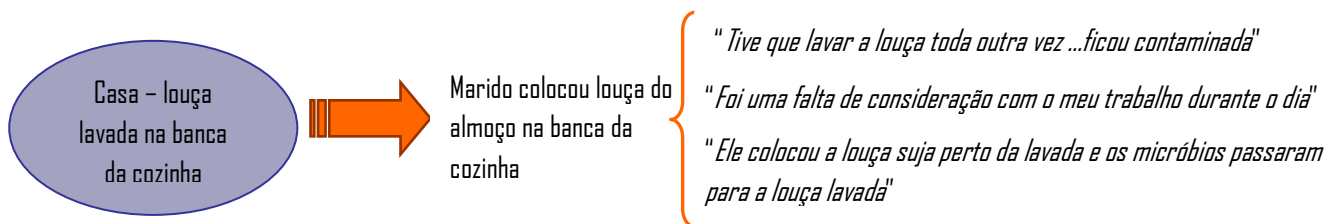
- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Insight e consciencialização das suas condições Neurológicas**
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados)
- Não adesão a actividades prazerosas
- **Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral**
- **Diminuição da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais**
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**

---

#### SESSÃO XIV

Tal como nas sessões anteriores, iniciou-se a sessão com a revisão do trabalho de casa. Assim, solicitou-se à paciente que apresentasse a sua lista dos sintomas, incluindo a informação sobre o

tempo que os sintomas ocupam o seu quotidiano, número de vezes que os rituais são executados e o grau de desconforto associado. Por sua vez, a paciente referiu um último acontecimento gerador de ansiedade para a paciente e de conflito para o casal, nomeadamente descreveu uma situação passada em sua casa aquando do realizar de uma série de limpezas às várias divisórias; todavia, quando deixou a louça dos armários em cima da banca (pois tinha estado a limpar por dentro e estavam a secar) o marido foi almoçar e pousou a louça suja “*muito perto da louça limpa... tive que andar a lavar a loiça toda outra vez porque já estava toda contaminada e suja porque estavam muito perto*”, “*foi uma falta de consideração com o meu trabalho durante o dia*”, “*depois ainda foi colocar a roupa suja em cima da cadeira... fiquei fula*”.



Face a esta situação, passou-se à discussão e operacionalização dos comportamentos adoptados, das emoções associadas e a série de cognições negativas e interpretações catastróficas subjacentes. Após esta discussão e correcção dos pensamentos automáticos negativos, a paciente referiu ainda “*como é que eu não percebi que estava a chegar ao ponto em que estou?*”.

Por sua vez, nesta sessão iniciou-se com a explicação, de forma pedagógica, acerca da exposição e prevenção da resposta como um processo gradual, monitorizado e com a possibilidade de ser gerador de ansiedade e angústia. Neste sentido, pretendeu-se levar a paciente a perder os medos adquiridos ao longo da vida que comprometem o seu desempenho e as suas relações pessoais e interpessoais, além de acarretar grande sofrimento. Assim, procurou-se substituir formas erradas de lidar com esses medos – as quais, na verdade, ajudam a mantê-los – e ensinar novas formas, que podem eliminá-los. De igual modo, com a exposição e prevenção da resposta, a paciente aprende (e descobre) que a sua ansiedade, medo, embora desagradáveis, desaparecem espontaneamente caso a paciente se exponha (enfrentando, tocando, deixando de evitar) por um tempo suficiente e de forma repetida aos objectos e situações que evita (exposição) e se abstenha de realizar os rituais (prevenção da resposta) que produzem alívio ao seu desconforto (Cordioli, 2004).

Concomitantemente com isto, explicou-se à paciente a importância da repetição dos exercícios, pois com isso a aflição sentida é cada vez menor, podendo diminuir significativamente, estando assim presente o fenómeno de habituação, ou seja, como refere Cordioli (2004), consiste na diminuição gradual e espontânea dos sintomas quando se permanece em contacto com as situações ou objectos que provocam medo de forma repetida. Todavia, torna-se importante referir que esta sessão foi exclusivamente destinada à explanação dos conceitos de exposição e prevenção da resposta, habituação e associado a isso o treino de relaxamento muscular progressivo. Então, foi também transmitido a importância de construir hierarquias, pela própria paciente (obviamente com ajuda e

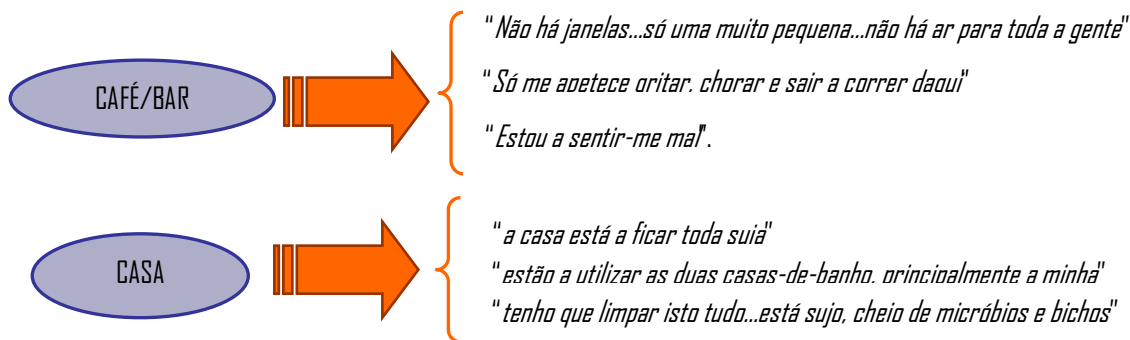
esclarecimento do terapeuta), de situações indutoras de ansiedade, de forma a ser possível realizar a exposição, contudo de uma forma gradual a essas mesmas situações, ou seja, começando por aquelas que envolvem menor ansiedade e assim sucessivamente. Como refere Joyce-Moniz (2002), é fundamental tomar-se conhecimento das situações-estímulo progressivamente mais angustiantes para a paciente, e concomitantemente com este registo é possível colocar em colunas paralelas aquilo que Gonçalves (1990) designa por escala de *unidades subjectivas de desconforto*, em que a paciente deve classificar a cena de desconforto potencialmente mais ansiógena com “100” e a cena de controlo com “0”. Entre os dois extremos encontram-se, então, todos os outros itens, representando diferentes graus de ansiedade da paciente a diferentes estímulos. Tendo em consideração o supramencionado é importante referir que, conjuntamente com a informação fornecida, também se enfatizou a preferência de realizar esta exposição acompanhada de exercícios comportamentais de relaxamento de modo a diminuir na paciente estados de ansiedade face ao estímulo/ situação, sendo esta concepção defendida por Duchesne & Almeida (2002). Neste sentido, estipulou-se para a sessão seguinte iniciar o treino de relaxamento dos 16 pares de grupos musculares e aprendizagem de uma respiração diafragmática correcta.

A sessão finalizou-se com um breve resumo dos conceitos e a sua praticabilidade bem como, esclarecimento de qualquer dúvida. Por sua vez, a paciente demonstrou interesse em desenvolver o treino de relaxamento.

---

## SESSÃO XV

Iniciou-se a sessão com a revisão dos registos de auto-monitorização, particularmente do registo da diminuição das compulsões e rituais, verificando a concretização ou não dos objectivos inicialmente propostos. Posteriormente, passou-se para outra fase onde se procurou identificar actividades prazerosas conjuntas com o seu marido e filho bem como, a discussão da importância dessas mesmas práticas nos vários âmbitos da sua vida (pessoal, familiar e social). Por sua vez, referiu uma última situação despoletadora de elevados níveis de ansiedade e sofrimento associado; ou seja, deslocou-se juntamente com o marido e filho a um café onde ia assistir a um jogo de *snocker* do seu marido e colegas, quando lá estava começou a ficar hipervigilante e auto-focada no que estava a sentir, assim começou a surgir-lhe uma série de cognições negativas: “*não há janelas...só uma muito pequena...não há ar para toda a gente*”, “*só me apetece gritar, chorar e sair a correr daqui*”, “*estou a sentir-me mal*”. Todavia, depois do jogo iam festejar para um café mas a paciente interferiu e convidou para irem para a sua casa (“*já não aguentava mais ir para outro café, preferia que viessem lá para casa...pelo menos sentia-me mais segura na minha casa, no meu mundo*”). Em contrapartida, também em sua casa começou a ser invadida por um conjunto de cognições relacionadas com a contaminação e sujidade: “*comecei a aperceber-me que a casa estava toda suja*”, “*eles estão a utilizar as duas casas, principalmente a minha onde os convidados não vão*”, “*tenho que limpar isto tudo quando saírem porque está sujo, cheio de micróbios e bichos*”.



Após este momento de convívio em sua casa, a paciente referiu ainda que foi logo de imediato limpar a casa e somente depois de ter terminado é que se sentiu segura *"agora sim...já estou aliviada...já cheira bem"*. Face às situações enunciadas, passou-se à discussão (recorrendo ao Questionamento Socrático) dos próprios acontecimentos mas principalmente, comportamentos adoptados, cognições subjacentes e emoções associadas, de modo a testar as evidências da paciente relativamente aos seus pensamentos negativos, qual o medo inerente e a necessidade e importância da exposição com prevenção da resposta para testar se realmente acontece aquilo que mais teme, ressaltando o carácter negativo dos evitamentos como um dos factores de manutenção de todo o ciclo *"vicioso"* e por sua vez, do quadro clínico em questão. Posteriormente a esta fase de operacionalização de todas as etapas de análise e discussão das situações indutoras de ansiedade e compulsões/rituais, passou-se a avaliação das vantagens e desvantagens do momento de convívio no café e em casa. De igual modo, generalizou-se esta avaliação a outras situações sociais, realçando a importância e os efeitos positivos na própria paciente, do marido, minimizando o desgaste e conflito entre o casal.

Nesta mesma sessão foi ainda abordado determinadas práticas parentais desenvolvidas especialmente pela própria paciente e as suas implicações futuras dado que, incutia já no filho (com 1 ano e meio de idade) algumas práticas de limpeza e higiene (*e.g.* o filho pegava na vassoura para varrer, pegava no detergente e num pano para limpar, *etc.*) bem como, uma atitude passiva e permissiva face ao filho não havendo qualquer tipo de estabelecimento de limites e/ou regra (*e.g.* *"não consigo proibi-lo de fazer nada...ele faz tudo o quer...quando grito vou logo agarrá-lo porque tenho medo que ele deixe de gostar de mim"*, *"ele faz birra e tenho que fazer as vontades todas senão ele não pára de chorar...e fico triste"*). Este tipo de atitude da paciente gerava conflitos significativos entre o casal, chegando o marido a referir *"é por essa atitude que tens relativamente ao X que nós estamos a afastar-nos"*. Por sua vez, fez-se uma breve revisão dos objectivos terapêuticos já alcançados até ao momento e a paciente foi reforçada nesse sentido, verificando-se na mesma, motivação em continuar com a mudança terapêutica.

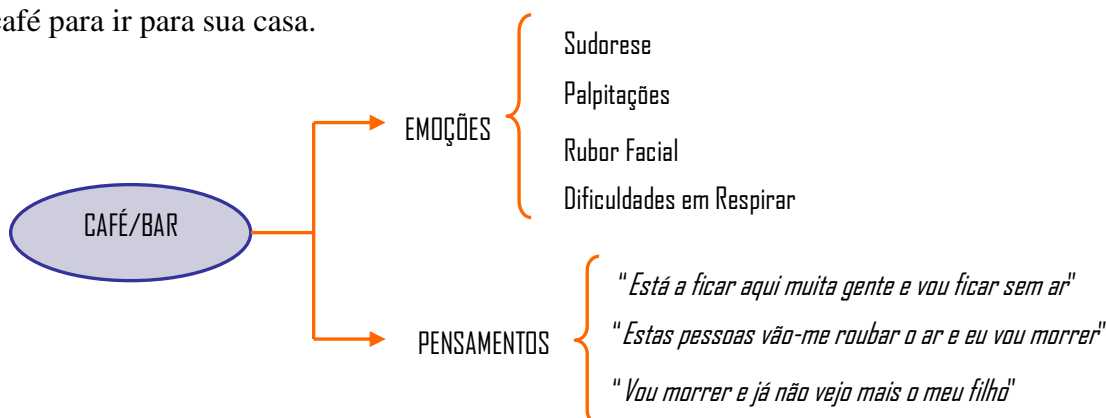
Finalizou-se a sessão com o estabelecimento de objectivos para a semana seguinte, particularmente de actividades prazerosas, onde a paciente referiu que essa noite ia ao cabeleireiro e, com o marido, assistir ao seu jogo de *snocker* (*"sinto-me cheia de energia"*). Foi sugerido à paciente para registar as vantagens e desvantagens dessa mesma situação e, se acontecer o surgimento de cognições negativas

a paciente identificar respostas alternativas racionais e positivas. De igual modo, foi solicitado à paciente para descrever sucintamente os aspectos mais importantes da sessão, aqueles que considerou mais relevantes e úteis para si.

#### SESSÃO XVI – SESSÃO XVII

A paciente chegou à sessão acompanhada pelo marido, apresentando-se ansiosa dado que, teve uma última consulta com a sua Neurologista a qual lhe deu alta das consultas de Neurologia, pois referiu não ter qualquer condição neurológica que justificasse essas consultas. Face a isto, a paciente apresentou-se irritada e decepcionada na medida em que, fazia-se acompanhar na altura de uma ficha médica do Hospital Universitário de Coimbra com o seu diagnóstico definitivo (Hipertensão Intracraniana Benigna, Bócio Difuso Simples, Sela Turca Vazia e Hipertiroidismo) e que a neurologista recusou aceitar. Assim, a paciente foi somente encaminhada para as consultas de enxaquecas. Face a isto, a sessão destinou-se à revisão dos tópicos relacionados justamente com as suas condições neurológicas dado que, já tendo sido estes assuntos abordados em sessões anteriores, a paciente e o marido apresentavam várias dúvidas, necessárias ser esclarecidas. De igual modo, a paciente referiu sentir-se triste e decepcionada por estar numa fase de aceitação das suas condições neurológicas e, nesse dia, ouvir uma neurologista a negar tudo aquilo que lhe custou imenso a aceitar. Todavia, após todo o esclarecimento a paciente e o marido ficaram satisfeitos, e foi sugerido a leitura de determinados artigos científicos relacionadas com essas condições médicas no sentido de aprofundarem os temas. Neste sentido, foi sugerido ainda, a continuidade da toma da medicação prescrita pelo Psiquiatra.

Posteriormente a paciente referiu que, tendo em conta o estabelecimento de objectivos e de actividades prazerosas identificadas em sessões anteriores, voltou a acontecer novamente um estado de elevada ansiedade num café, caracterizado por um conjunto de emoções somáticas como sudorese, palpitações, rubor facial, dificuldades de respiração, acompanhada com pensamentos negativos como “*está a ficar aqui muita gente e vou ficar sem ar*”, “*estas pessoas vão-me roubar o ar e eu fico sem ele e morro*”, “*vou morrer e já não vejo mais o meu filho*”. Face a isto, a paciente saiu rapidamente do café para ir para sua casa.



Tendo em consideração o sucedido, foi questionado à paciente se tentou fazer alguma coisa no momento para tentar diminuir a ansiedade, esta respondeu que não se lembrou de nada só pensava em fugir do local onde estava. Assim, foi trabalhado novamente a operacionalização da situação, ou seja, o que se poderia ter feito reforçando a importância da aplicabilidade das técnicas apreendidas durante as sessões. A nível das cognições trabalhou-se a identificação de pensamentos racionais alternativos e a evidência dos pensamentos negativos que teve no momento da situação de crise dado que, as cognições que a paciente apresenta acerca das suas sensações são tão importantes como alvo para provocar a mudança que uma grande parte do processo terapêutico se centra nos pensamentos automáticos catastróficos. Daí a sugestão para a paciente realizar experiências comportamentais, prescritas como tarefas, em que põe à prova as suas próprias hipóteses.

Reforçou-se novamente, de modo que a paciente se consciencializa-se da dinâmica deste quadro clínico e como ele se processa e mantém, que este ciclo “vicioso” da ansiedade contém três elementos básicos: as reacções emocionais, sensações corporais, e as interpretações catastróficas dessas sensações corporais. Estes elementos estão relacionados numa sequência, a qual segue um padrão particular, ou seja, começa com qualquer um dos elementos mas que por conseguinte segue sempre a mesma sequência circular (Wells, 1997, p. 105):

sensações → pensamento → emoção → sensações → pensamento → emoção...

Assim, de modo a ser possível uma melhor compreensão por parte da paciente acerca deste ciclo vicioso, representado nesta sequência anterior, passou-se a explicar da seguinte forma: na vigência de um ataque de pânico ou de sintomas de ansiedade (tais como a própria paciente sente), como o aumento de frequência cardíaca, tensão muscular ou um aperto no estômago – que pode ser desencadeada por alguma preocupação, uma imagem mental desagradável, uma doença pouco significativa ou mesmo o exercício – o doente pode avaliá-los negativamente, como um sinal de perigo iminente (morte, derrame, desmaio, estar a enlouquecer ou a perder o controlo), o que o deixa apreensivo e hipervigilante, antecipando os sinais de que novo ataque irá acontecer, em simultâneo, pode apresentar determinados pensamentos catastróficos: a pessoa pode pensar «*estou a ter uma crise de pânico*» ou «*estou a enlouquecer*», etc.; e comportamentos de evitamento, evitando as situações onde acha que poderá ter o ataque, lugares de onde fugir ou escapar possa ser difícil (e.g. *shoppings*), ou sair ou ficar sozinho, sem condição de receber ajuda imediata em caso de necessidade. Os evitamentos mantêm estas interpretações catastróficas. Por exemplo, a preocupação com uma possível doença cardíaca leva a evitar qualquer tipo de exercício físico ou actividade assim que o doente sinta uma pequena palpitação. Estes evitamentos impedem a correcção das cognições negativas, pois nunca conseguem perceber que estas sensações não têm nenhuma consequência, nenhum risco, ou que são passageiras. Estes doentes ficam convencidos que ao agirem desta maneira impedem a progressão de um ataque cardíaco. Neste sentido, esta explicação permitiu à paciente

compreender exactamente como se processa e mantém este quadro mediado pela ansiedade, sendo então necessário aplicar minuciosamente cada técnica abordada nas sessões.

De igual modo, foi demonstrado ainda à paciente que, através deste processo, a mesma é guiada para o conhecimento de que a sua ansiedade deverá descer, mesmo que ela não faça nada para reduzi-la. A próxima vez que ela entrar na mesma situação a sua ansiedade poderá ser menos intensa porque ela tem aprendido “*it is just a matter of time*” até a sua ansiedade reduzir.

Após esta exposição teórica e prática, passou-se a uma sumarização dos aspectos mais relevantes e cruciais para a paciente ter em conta no seu quotidiano, por sua vez, solicitou-se à mesma para referir os tópicos que considerou mais importantes para si, mais úteis para a sua funcionalidade diária e possíveis dúvidas associadas. De igual modo, sugeriu-se ter estas técnicas cognitivas e comportamentais em consideração no seu quotidiano de forma a ser possível diminuir os sintomas ansiogénicos presentes.

#### SÍNTESE CLÍNICA

**Dezoito semanas** após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Insight e consciencialização das suas condições Neurológicas**
- Evitamentos sucessivos a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados) devido a estado ansiogénico exacerbado
- **Tentativas na realização de actividades prazerosas**
- **Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral**
- **Diminuição Significativa da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais**
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**

---

#### SESSÃO XVIII

Inicialmente a sessão processou-se com a discussão dos acontecimentos ao longo da semana, questionando a possível ocorrência de alguma situação despoletadora de ansiedade e/ou sofrimento, todavia a paciente não referiu qualquer acontecimento. Após a sessão anterior, passou-se à explicação de algumas técnicas comportamentais de modo a ser possível reduzir/diminuir um conjunto de sintomas somáticos e psicossomáticos associados a estados exacerbados de ansiedade; assim apresentou-se a Respiração Diafragmática ou Abdominal e o Treino de Relaxamento Muscular progressivo. Relativamente à respiração diafragmática, esta é contrária à hiperventilação, ou seja, é uma respiração lenta e profunda, oposta à respiração rápida e superficial da hiperventilação. Ensinou-se esta estratégia e enfatizou-se a importância de praticá-la em casa pois, sendo uma técnica, precisa de treino até se automatizar (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Por sua vez, o relaxamento permite ensinar a paciente a desenvolver aptidões de relaxamento na sessão, para que esta tenha prática e adquira aptidões aplicáveis no contexto exterior ao da consulta, encorajando, desta forma, a paciente a generalizar o uso de aptidões para períodos de ansiedade elevados num esforço para testar a validade das suas predições de vulnerabilidade, de agravamento, e *copelessness*. (Jarrett & Rush, 1988; Clark, 1989; Heron, 2002). O exercício envolve a contracção e o

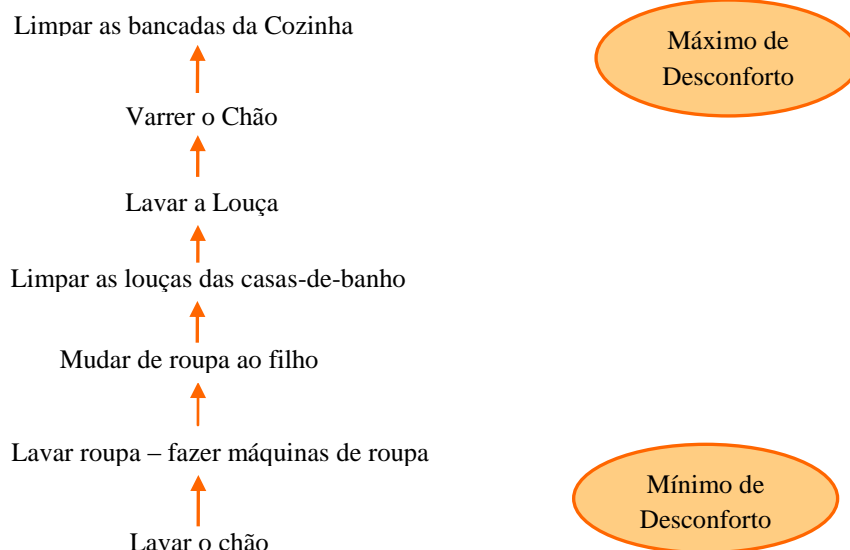
relaxamento de todos os grupos musculares do corpo, cada um no seu tempo determinada (Powell, 2000); nomeadamente Gonçalves (1990), propõe que este treino deve ser iniciado com o relaxamento do conjunto de 16 grupos musculares (onde se incluem braços, pés, tórax, face, olhos, entre outros), associado a exercícios de respiração, reduzindo progressivamente os grupos de músculos, até que o paciente seja capaz de se relaxar mediante a simples menção da palavra “*relaxe*”; em contrapartida deve ser aconselhado a praticar diariamente este treino. O objectivo desta técnica terapêutica consiste em desenvolver na paciente representações internas que podem lhe proporcionar a capacidade deste se auto-relaxar em situações vivenciadas por si como desagradáveis (Esplen & Garfinkel, 1998). Deste modo, utilizou-se a técnica do relaxamento englobando a aprendizagem da contracção e relaxamento de certos grupos musculares para que a paciente conseguisse fazer uma distinção entre os estados de tensão e de relaxação. Neste sentido, e não obstante do referido, explicou-se à paciente que a exposição gradual e mediatizada é justamente acompanhada por três componentes fundamentais, nomeadamente o treino de relaxamento muscular progressivo; a construção de hierarquias de situações ansiógenas; e a apresentação emparelhada do relaxamento e das hierarquias. Assim, com o treino muscular pretendeu-se estabelecer uma resposta incompatível com a ansiedade, onde se ensinou à paciente o estabelecimento das hierarquias, seguindo as linhas de orientação de determinados autores, particularmente Gonçalves (1990) e Joyce-Moniz (2002). Finalizou-se a sessão com o exercício prático do relaxamento progressivo dos 16 pares de grupos musculares. Sugeriu-se à paciente para realizar o treino de relaxamento todos os dias, dedicando no mínimo 10/15 minutos diariamente, realçando novamente a sua importância, principalmente a curto-prazo a nível da diminuição das sintomas somáticos e psicossomáticos desagradáveis e disfuncionais.

---

## SESSÃO XIX

A sessão iniciou-se com a revisão do trabalho de casa, nomeadamente dos registos de auto-monitorização e do treino de relaxamento muscular com uma respiração diafragmática, embora refira que não o fez diariamente – ressaltando então a necessidade de haver um treino diário de modo a criar-se uma habituação. Posteriormente, deu-se continuidade a um dos tópicos já abordado em sessões anteriores, particularmente relacionado com um dos componentes necessários há exposição com prevenção da resposta – estabelecimento de uma lista hierárquica com unidades de desconforto. Assim, uma forma simples que se ensinou à paciente para fazer a hierarquização, foi solicitar à mesma que classifica-se os sintomas pelo grau de dificuldade (extrema, muito grande, média, fraca ou nenhuma) quando está exposta ou se abstém de realizar um determinado ritual. Inicialmente, como já referido em sessões anteriores, a paciente realizou registos onde quantificava o número de vezes que executava um determinado ritual (número de vezes que varreu a casa, número de vezes que limpou a cozinha, número de verificações da porta que executou antes de ir dormir, etc.), o tempo gasto ao realizar esses rituais, etc. Assim, a lista é útil para definir os primeiros exercícios da exposição com

prevenção de resposta, e para analisar o grau de dificuldade e, assim, fazer a escolha, iniciando pelos exercícios que a paciente considera mais fáceis de realizar.



Após a construção da lista hierárquica de modo a ser possível desenvolver na prática a exposição com prevenção de resposta aos estímulos que a paciente mais receia ou os rituais que mais executa (devido às obsessões associadas), discutiu-se o grau de desconforto para cada situação e assim, constatou-se que “lavar o chão” é o ritual que provoca menos desconforto à paciente e “varrer o chão” é aquele que mais desconforto causa à mesma e aquele que mais realiza frequentemente e sucessivamente (embora já haja uma redução da frequência, intensidade e duração do mesmo ritual).

De igual modo, realçou-se que o sucesso da terapia depende essencialmente da realização dos exercícios e prevenção da resposta. Considera-se como tempo de exercício o tempo durante o qual a paciente permanece em contacto com os objectos ou situações evitadas, ou o período em que ela resista a execução de um ritual durante o qual sente algum grau de aflição.

A sessão finalizou-se com a discussão da lista hierárquica e a importância da exposição a esses mesmos estímulos e, sugeriu-se à paciente para dar continuidade ao treino do relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática concomitantemente com a exposição e prevenção da resposta aos estímulos/rituais que provocavam menor desconforto, de forma a ser possível subir na escalada da lista hierárquica. De igual modo, foi solicitada a opinião da paciente face aos assuntos abordados na sessão e os exercícios práticos desenvolvidos bem como, a sua relevância no seu quotidiano.

## SESSÃO XX

O terapeuta solicitou à paciente que apresentasse os seus registos e exercícios realizados durante a semana: quais as tarefas propostas, como conseguiu realizar cada uma delas, o número de vezes que conseguiu realizá-las e o grau de dificuldade encontrado. Nas tarefas de exposição e prevenção da resposta, foi pedido à paciente que relembresse os pensamentos automáticos que lhe passaram pela cabeça na situação, o que sentiu, quanto tempo durou a aflição e como se deu o desaparecimento espontâneo da mesma, de forma a que fosse possível a discussão entre terapeuta e paciente de todos

estes acontecimentos. De igual modo, abordou-se ligeiramente a identificação das crenças subjacentes. Ao observar o registo representado pela figura 19, verifica-se a redução do número de compulsões e/ou rituais bem como, o contentamento da paciente por não ter realizado uma única vez uma determinada compulsão (“lavar o chão”) redigindo **BOM+**.

Registo de Auto-monitorização				
Situação ou Objecto	Sintoma: Obsessão (O), Compulsão (C), Evitamento (E)	Tempo (Duração)	Nº de Vezes	Gravidade ou Grau de Desconforto
Ao chegar a casa	Lavagem excessiva das mãos (C)	30 minutos	10	8,5
casa	Venni o chp	1cm	4 =	7
casa	ñ bousei o chp <b>BOM+</b>			
<i>Lo mas a sensaçã ã estranho, de a idic pro table 1 vezio no foi</i>				
Casa	oludei o fardo	2cm	3	5
Casa	dimpeí boucades	?	2	6
Casa	annumi afa	1cm	2	6
<i>Sua 3 o tempo o as vogas 5 chnua e baulouder +13 curto?</i>				
Casa	briugudes fardo	?	7	?
Tachelo	Annumi tid	1cm	3	7
* * * * *				
Data da Semana:				

Figura 19. Registo de Auto-Monitorização da paciente

compulsões e/ou rituais bem como, o contentamento da paciente por não ter realizado uma única vez uma determinada compulsão (“lavar o chão”) redigindo **BOM+**.

Inicialmente, procedeu-se à revisão dos exercícios cognitivos (um de cada vez, discutindo as dificuldades encontradas). A ênfase, neste primeiro momento, foi focada na identificação dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e nos exercícios para a sua correcção. Por

último, fez-se a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e, em função dos avanços, sugeriu-se os exercícios da próxima semana. A paciente, com frequência, apresentava uma série de pensamentos ditos “horrríveis”, negativos, aos quais atribuía muita importância e pelos quais sofria bastante com muita culpa e ansiedade. De acordo com Cordioli (2004), algumas medidas são úteis e podem auxiliar a reduzir ou eliminar definitivamente os pensamentos horrríveis. Assim, apresenta estratégias para provocar exposição, prevenção da resposta e redução da vigilância sobre os pensamentos.

- * Deixar os pensamentos simplesmente virem à mente e não fazer nada para afastá-los, lembrando que são apenas pensamentos resultantes do Distúrbio Obsessivo – Compulsivo e nada mais.
- * Evitar qualquer manobra ou intenção de neutralização, como substituir um pensamento mau por um bom, fazer algum ritual coberto/mental (rezar, repetir frases, etc.).
- * Evitar a realização de qualquer ritual destinado a anular o pensamento mau, como se lavar, tomar banho, etc.
- * Evocar intencionalmente o pensamento horrrível e mantê-lo na mente por alguns minutos até a aflição diminuir. Repetir este exercício várias vezes ao longo do dia.
- * Diminuir a vigilância, não dando nenhuma importância ao pensamento ou imagem quando ele vem à cabeça.

Foi reforçada, a paciente, que ela própria tem que confiar na sua capacidade de executar as tarefas escolhidas, e as escolhas são da própria e nunca impostas pelo terapeuta.

Para finalizar a sessão solicitou-se à paciente para realizar o exercício prático discutido durante a sessão e, por sua vez, indicar as dúvidas sentidas. De igual modo, resumiu-se os aspectos mais relevantes para o quotidiano da paciente, principalmente a função dos pensamentos catastróficos e crenças subjacentes na manutenção do quadro clínico. Reforçou-se novamente a motivação da paciente na realização dos exercícios propostos durante as sessões realizadas.

## SESSÃO XXI

Tal como nas sessões anteriores, também esta se iniciou com uma revisão dos acontecimentos da própria paciente a nível pessoal, familiar, social e laboral (tendo em conta que as suas queixas iniciais

influenciavam directamente todos os contextos de vida da paciente) bem como, foi questionada sobre a prática dos exercícios propostos nas sessões anteriores, especificamente do relaxamento e respiração diafragmática. Por sua vez, deu-se continuidade ao trabalho já abordado e desenvolvido em sessões anteriores, nomeadamente hipotetizar as crenças da paciente através do questionamento das suas evidências procurando explicações alternativas de forma a construir um raciocínio lógico. Assim, a paciente inicialmente identificou uma situação na qual foi compelida a realizar rituais ou a adoptar comportamentos de evitamento; depois, identificou o que lhe passou pela cabeça e quais foram as consequências no momento (ritual, aflição, medo, ansiedade). De igual modo, colocou-se a questão à paciente “*O que eu sentiria caso não executasse o ritual que normalmente executo ou não evitasse o que normalmente evito?*” de forma a auxiliar na identificação dos pensamentos que lhe surgem à cabeça. Passemos assim, a apresentar um exemplo do exercício realizando com a paciente.

### **Exercício com o Questionamento Socrático**

*“Vamos lembrar uma situação do dia anterior na qual você normalmente é levada a executar/realizar rituais, e agora vamos responder às seguintes questões:*

- # Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- # Que evidências eu tenho de que esses pensamentos têm fundamento?
- # Quais são as evidências contrárias?
- # Existe uma explicação alternativa?
- # Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- # Qual a probabilidade (de 0 a 100%) de que, ao tocar nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, vai realmente acontecer o que eu temo (contaminação, assalto dos ladrões)?
- # O que eu imagino que irá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- # O que de facto irá acontecer?
- # Os meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao DOC? O que é mais provável?
- # O que diria sobre os meus medos qualquer pessoa minha conhecida?
- # Como a maioria das pessoas se comporta ou reage em situações semelhantes?
- # Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático?

Finalizou-se a sessão através de uma revisão sucinta dos aspectos mais importantes e funcionais para o seu quotidiano bem como, motivando a participação activa da paciente. Foi solicitado à paciente para que, durante a semana, lesse várias vezes estas perguntas e que escolhesse algumas das situações vividas ao longo da semana para responder às questões.

#### **SÍNTESE CLÍNICA**

**Vinte e Duas semanas** após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Insight e consciencialização das suas condições Neurológicas**
- Tentativas de exposição a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados) embora ainda ocorra estado ansiogénico exacerbado
- **Tentativas na realização de actividades prazerosas**
- **Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral**
- **Diminuição Significativa da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais**
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**

Neste sentido, deu-se início à sessão agradecendo pelo comparecimento do marido, depois expôs-se as finalidades e os objectivos da sessão: procedeu-se ao esclarecimento de aspectos sobre o próprio Distúrbio em questão numa breve revisão dos conceitos já expostos nas primeiras sessões (sintomas, métodos de tratamento, impacto do DOC na vida da família, como se dá a eliminação dos sintomas através das tarefas de exposição e prevenção da resposta, o fenómeno da habituação, a correcção de crenças disfuncionais). Posteriormente, foi estabelecida uma discussão com o marido e paciente sobre o impacto do DOC na vida da família e sobre as formas de colaborar com o tratamento.

De acordo com a vasta literatura, a maioria das famílias envolve-se de alguma forma nos rituais e nos evitamentos ou muda as suas rotinas para se acomodar aos sintomas do paciente (por exemplo, submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contacto físico, evitar lugares, aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com DOC (88,2%) acabam se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias adaptam-se aos rituais ou mudam o seu comportamento (Cordioli, 2004). De forma geral, todos os membros da família sofrem com o Distúrbio, pois os sintomas criam desarmonia, conflitos, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas. Assim, segundo Cordioli (2004), o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo pode ter um efeito devastador sobre as famílias. A vida social pode ficar comprometida em mais de 80% dos casos. Se, por um lado, o paciente muitas vezes induz a família a alterar os seus hábitos (mesmo sem perceber-lo), por outro lado, os conflitos familiares podem agravar os sintomas. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo. Por vezes, a família, por aflição ou desconhecimento, pode estimular ou reforçar a prática de rituais ou comportamentos de evitamento, segregando o paciente, estigmatizando-o, reagindo de forma agressiva face às suas exigências e interferências nas rotinas, ou então, submetendo-se aos rituais e reprimindo a raiva. Todavia, a família também pode ter uma atitude compreensiva e colaborativa, ao procurar informações para conhecer melhor o Distúrbio, ao oferecer auxílio ao paciente nas tarefas da terapia, como a elaboração da lista de sintomas (os familiares muitas vezes identificam melhor os sintomas do que o próprio paciente), e oferecem apoio nas tarefas de casa, especialmente quando os sintomas são graves. Para que os familiares saibam como agir, eles precisam de ter uma noção sobre o DOC, o sentido das tarefas de casa e como se dá a eliminação dos sintomas (Cordioli, 2004).

Após esta explicação, ou fornecimento de informação, solicitou-se ao marido para que se passasse à identificação dos sintomas do DOC e a sua interferência ou não nas rotinas da família, e sobre como a família se acomodou a eles ou não. A troca de ideias e sugestões é estimulada e reforçada, por sua vez. Após ouvir o marido, dirigiu-se a atenção para a paciente por forma a que esta pudesse falar sobre os tipos de interacção, conflitos, arranjos ou acomodações que acabaram por se estabelecer em

função do DOC. Depois disto, recordou-se a forma de actuação da terapia (exposição, prevenção da resposta, correcção de crenças disfuncionais) e, com base nessa concordância, discutiu-se com a paciente e o marido as atitudes que podem auxiliar a paciente a superar o Distúrbio.

**Tarefas para casa** – Nesta sessão, as tarefas da semana passada não foram revisadas, pois o tempo disponível em geral foi insuficiente. Por sua vez, solicitou-se à paciente e marido que prosseguissem com os seus exercícios de exposição e prevenção da resposta e de identificação de pensamentos e crenças disfuncionais; de igual modo, foi pedido que anotasse nos registos as dificuldades encontradas para discussão na próxima sessão.

Para encerrar, solicitou-se que a paciente e o marido avaliassem a sessão e destacou-se o que consideraram mais importante/relevante ou proveitoso para si e para o seu familiar.

---

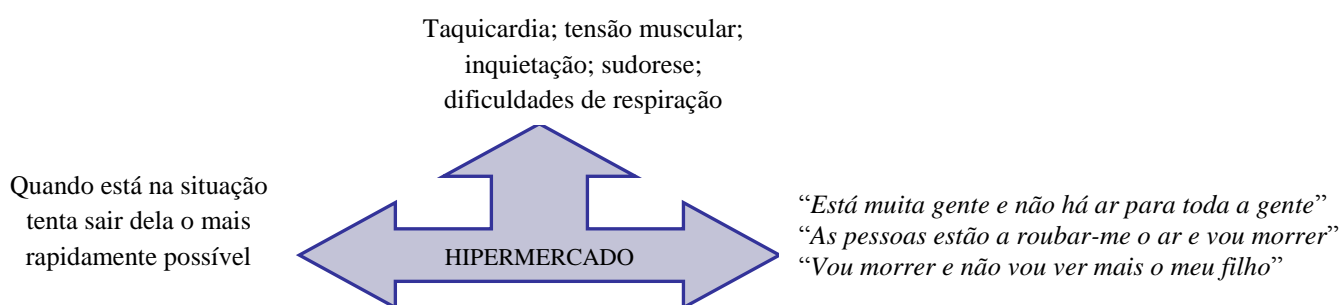
### SESSÃO XXIII

A sessão iniciou-se com a discussão das possíveis situações decorrentes ao longo da semana que, de alguma forma, contribuíram para um estado ansiogénico significativo. Deste modo, a paciente referiu um determinado acontecimento no qual após um determinado tempo de exposição à situação teve que fugir/escapar à mesma devido ao exacerbar dos sintomas somáticos e psicossomáticos e, concomitantemente, à “invasão” de um conjunto de pensamentos negativos.

De forma a ser possível uma melhor compreensão do ocorrido passemos à operacionalização da situação e dos aspectos envolventes. A paciente referiu uma ida a um Hipermercado sem planear antecipadamente (tal como fazia anteriormente) se correspondia a um horário e/ou dia de maior fluxo populacional. No dito local a paciente efectuou as suas compras “normalmente” todavia, quando se colocou na fila para o pagamento refere que *“comecei a reparar que estava a ficar muita gente ali...depois comecei a focar-me cada vez mais no número de pessoas e conjuntamente com isso comecei a ficar com calor, a tremer e sinceramente, quis logo sair dali para fora... e assim foi, larguei tudo e fui embora”*. Face a isto, quando questionada acerca do tipo de pensamentos presentes a paciente refere *“pois...agora sei perfeitamente o que penso...começo a pensar que estou a ficar sem ar porque é muita gente e não há ar suficiente para todos”, “penso que as pessoas estão a roubar-me o ar e que vou morrer”, “depois morro e já não vejo mais o meu filho e que não o vou ver crescer”*. Foi ainda questionado à paciente sobre o que fez quando chegou a casa e aí refere *“quando cheguei a casa parecia que tinha corrido quilómetros pois doía-me o corpo todo, os músculos todos...horrível”*. Tendo em conta o supramencionado foram discutidos detalhadamente todos os aspectos envolvidos nessa mesma situação; assim, foi explicado à paciente que a intensidade dos sintomas corporais juntamente com as cognições que as acompanha, leva a que a paciente apresente um sentimento de medo e falta de controlo sobre o problema. Daí se ter explicado o racional do que acontece e porquê em sessões anteriores. De igual modo, tentou-se explicar que a ansiedade não é negativa pois este estado, como o medo, são estados emocionais normais e geralmente protectores, pois possibilitam a

sobrevivência e a competição dos seres humanos. Complementando, foi dito à paciente que, a ansiedade é uma emoção experimentada por todos os seres humanos e que se traduz por um conjunto de modificações corporais e cognitivas que, embora por vezes desconfortáveis, não são perigosas. De igual modo, questionou-se as evidências que tinha acerca do perigo daquela situação dado que, estes acontecimentos ocorrem devido à percepção / interpretação de um estímulo ou situação como ameaçador/perigoso para a sua segurança. Neste contexto a paciente foi levada a reflectir de que forma os seus pensamentos acerca do que sente ou da situação que estava a experimentar são cruciais no desencadear da ansiedade.

Por sua vez, descreveu-se os sintomas da ansiedade experienciados, debatendo-se o significado e valor da taquicardia, da tensão muscular, da inquietação, sudorese, *etc.*, com especial ênfase nos sintomas enunciados e experimentados pela paciente. A nível comportamental, perante situações receosas, os sujeitos evitam-nas, tentando não se inserir nelas, ou quando estão na situação tentam sair delas o mais rapidamente possível, discutiu-se assim, a importância novamente de realizar os treinos em casa das técnicas aprendidas durante as sessões. E a nível cognitivo, foi importante que a paciente percebesse que as suas crenças e as interpretações que faz sobre as situações receosas são o que sustentam, em grande parte, os seus problemas. Foi também discutido com a paciente que embora a ansiedade seja por vezes desconfortável e possa prejudicar o desempenho (mais que ajudar), isso acontece habitualmente em situações em que o perigo não é real mas imaginário.



De igual modo, enfatizou-se o papel das estratégias em que o seu primeiro objectivo é provocar um alívio imediato dos sintomas. Um exemplo dessas técnicas são as técnicas de distração, que são técnicas efectivas a curto-prazo (White, 2000). As técnicas de distração têm, assim, nesta fase do processo terapêutico, a função de aliviar de imediato os sintomas de ansiedade, através do desvio da atenção dos pensamentos ou dos sintomas físicos que provocam essa mesma ansiedade (Clark, 1989, White, 2000). Contudo, foi assegurado o racional da técnica à paciente, explicando que os mecanismos de atenção têm um papel fulcral no desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade, em geral, isto significa que, a atenção auto-focada pode servir como um predisponente ou uma consequência da ansiedade.

Finalizou-se a sessão enfatizando o papel das técnicas aprendidas durante as sessões dado que, a partir do momento que já possui as aptidões para começar a tentar reduzir a ansiedade durante essas situações. Referiu-se ainda que é necessário colocar em prática as estratégias de *coping* aprendidas,

nomeadamente o relaxamento e a respiração diafragmática. Por sua vez, realçou-se novamente a importância do trabalho de casa para a concretização dos objectivos propostos para o sucesso terapêutico.

---

#### SESSÃO XXIV

Tal como nas sessões anteriores, também esta se iniciou com a revisão dos trabalhos de casa e dos possíveis acontecimentos indutores de ansiedade, evitamentos, compulsões e/ou rituais. Todavia, a paciente começou por referir dois acontecimentos diferentes onde apresentou um comportamento positivo, assertivo e funcional, sendo também motivo de análise e discussão. Deste modo, a paciente referiu que uma das situações estava directamente relacionada com um comportamento assertivo (já abordado em sessões anteriores) e a outra prendia-se com estados de ansiedade e medo; tendo em consideração o referido primeiramente a paciente começou por referir que no local do seu trabalho o seu chefe começou a demonstrar uma atitude agressiva e de irritabilidade para consigo caracterizado por uma confrontação directa de determinados assuntos, tom de voz elevado. Com isto, a paciente referiu que conseguiu ficar equilibrada (não fazendo como era habitual, ou seja, demonstrar também uma atitude agressiva e gritar com a pessoa) referindo a sua opinião num tom de voz concordante e moderado. Face a esta atitude da paciente o seu chefe moderou-se e simplesmente referiu “*não dizes mais nada? Nem pareces tu...não dizes nada contra mim?*”. A atitude e comportamento da paciente foi alvo de elogio e reforço por parte dos colegas de trabalho e do seu chefe; e consequentemente, a paciente sentiu-se satisfeita e orgulhosa consigo própria e pela atitude dos colegas e chefe.

Por sua vez, a outra situação relaciona-se com uma ida a uma feira popular juntamente com o seu marido e filho; a paciente referiu que antes de ir sentia-se ansiosa e com medo de não conseguir expor-se à situação. Todavia, a paciente refere que conseguiu lá estar mesmo estando o local cheio de pessoas, de igual modo, referiu que quando começou a sentir-se ansiosa tentou relaxar-se, respirar adequadamente e distrair-se (ou seja, focando a sua atenção em outros aspectos e não centrada no seu corpo, nos seus sintomas e nos seus pensamentos). Tendo em consideração essas duas situações enunciadas pela própria paciente, esta foi elogiada e reforçada pelo seu comportamento e atitude face às duas situações. De igual modo, procedeu-se a avaliação e análise das duas situações e dos comportamentos adoptados, emoções sentidas e pensamentos associados, bem como, como a paciente se sentia consigo própria no momento da sessão face ao ocorrido. Neste sentido, a paciente referiu motivada e satisfeita consigo própria quando deixa de realizar determinados rituais (algo que era impensável no início do processo terapêutico); embora considere que, no momento, sente mais dificuldade em expor-se a determinadas situações sociais e quando isso acontece, sente-se desanimada e desmotivada. Tendo em conta o referido, realçou-se que este tipo de intervenção é centrado em pequenos objectivos e passos realizados lentamente de acordo com a própria evolução e dificuldades da paciente. A paciente concluiu referindo “*já me sinto muito melhor...sei que estou*

diferente...já mudei coisas que nunca pensei que fosse meu o problema e que conseguisse realmente mudar”.

Finalizou-se a sessão com a transcrição do trabalho de casa, nomeadamente com a exposição e prevenção da resposta, treino de relaxamento e respiração diafragmática, bem como, dar continuidade aos registos de auto-monitorização. Ainda nesta linha, foi solicitado à paciente para identificar situações futuras que prevê como de elevados níveis de ansiedade ou desconforto que, por sua vez, possam funcionar como indutoras de recaída ou que considere não saber lidar.

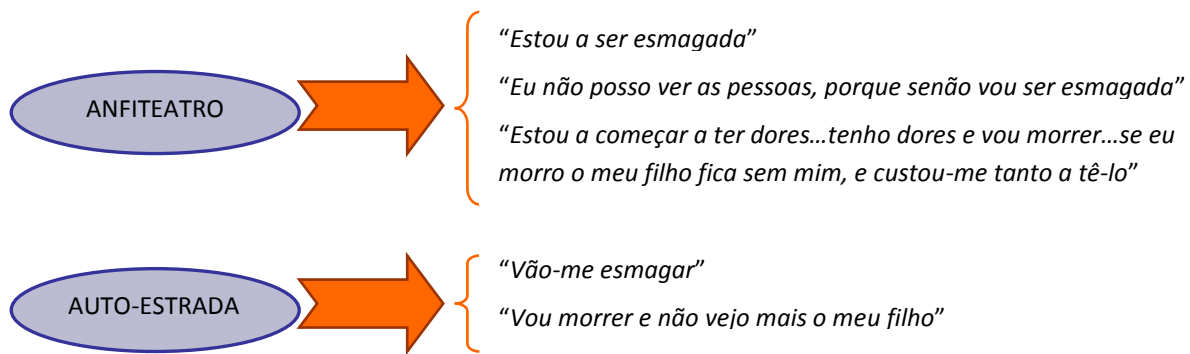
#### SÍNTESE CLÍNICA

Vinte e Cinco semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- Adesão à medicação
- Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos
- Ausência de Insónias Primárias
- *Insight* e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo
- *Insight* e consciencialização das suas condições Neurológicas
- Tentativas de exposição a locais públicos e de relacionamento social (e.g. cafés, restaurantes, hipermercados) embora ainda ocorra estado ansiogénico exacerbado
- Tentativas na realização de actividades prazerosas
- Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral
- Diminuição Significativa da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais (remissão de algumas compulsões e rituais)
- Profecias de “Auto-Desvalorização”
- Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico

#### SESSÃO XXV

A sessão iniciou-se com a enunciação, por parte da paciente, de mais duas situações directamente relacionadas com estados ansiogénicos exacerbados. Assim, a paciente referiu que durante a semana teve duas situações, decorrentes num mesmo dia, nas quais apresentou novamente dificuldades em lidar com elas. Ou seja, quando estava num anfiteatro a assistir uma conferência e, quando estava a regressar numa viagem para a Covilhã na auto-estrada. Operacionalmente, a paciente no momento em que estava a assistir à conferência começou a sua mente a ser invadida por determinados pensamentos como “*estás a ser esmagada*”, “*eu não posso ver as pessoas, porque senão vou ser esmagada*”, “*estou a começar a ter dores...tenho dores e vou morrer...se eu morro o meu filho fica sem mim, e custou-me tanto a tê-lo*”. Concomitantemente surgiram uma série de sintomas somáticos (e.g. sudorese, taquicardia, dificuldades de respiração, calores, etc.) que, por sua vez, levaram a que a paciente saísse rapidamente daquela situação. Relativamente à outra situação, a paciente ia na auto-estrada de regresso à Covilhã e, num determinado momento ficou entre dois camiões, nesse instante começaram a surgir novamente o tipo de cognições como os transcritos anteriormente (“*vão-me esmagar*”, “*vou morrer e não vejo mais o meu filho*”) e, como um ciclo vicioso que é, juntamente com isso surgiram também os mesmos sintomas.



Tendo em consideração o referido, passou-se à análise detalhada dos vários aspectos relacionados com o surgimento da exacerbação dos sintomas somáticos e psicossomáticos e o seu contributo para a manutenção do ciclo vicioso e, conseqüentemente, do quadro clínico em questão. De igual modo, passou-se à interpretação dos pensamentos automáticos negativos que surgiram rapidamente no decorrer das referidas situações bem como, dos erros de processamento de informação (e.g. abstracção selectiva, catastrofização, inferência arbitrária, etc.). Após esta fase, passou-se à identificação de pensamentos racionais alternativos, sugerindo fortemente a participação da paciente neste exercício, tendo em conta que este tipo de exercício já foi repetidamente realizado em várias sessões para situações idênticas. Neste sentido, esta sessão centrou-se exclusivamente nos tópicos já abordados em sessões anteriores acerca deste quadro clínico de Ansiedade e como ele influencia directamente o dia-a-dia da paciente tornando-a incapaz de realizar correctamente e adequadamente algumas funções até ao fim de acordo com o local em que se encontra. De igual modo, ressaltou-se como estes evitamentos que faz, de modo a não se expor a situações/estímulos que receia e teme, contribuem para a manutenção e propagação do quadro clínico pois, com o passar do tempo a paciente começava – de forma progressiva – a evitar (chegando mesmo a deixar de ir) frequentar determinados locais públicos (e.g. café, restaurantes, hipermercados em horário de maior fluência, etc.) e, como isso conseqüentemente, provoca efeitos adversos aos seus relacionamentos pessoais, familiares e interpessoal. Isto porque, a paciente referia que não saía com o seu marido e filho para qualquer lugar de carácter mais social e cultural (para não se expor a esses mesmos locais), quando por necessidade/obrigação tinha que se deslocar a um hipermercado, a paciente planeava antecipadamente quando devia ir e como devia ir (ou seja, em horário e dia de menor fluência populacional) bem como, requisitando sempre a companhia de alguém (“tenho que ir com alguém para me sentir segura”). Tendo em conta o supramencionado, confrontou-se com esta informação à paciente de forma a dar a compreender como a manutenção deste tipo de comportamentos, cognições e evitamentos, influenciam directamente o progresso eficiente do processo terapêutico.

Finalizou-se a sessão com um resumo dos aspectos mais importantes da sessão, nomeadamente para o quotidiano da paciente, sugerindo a participação constante da paciente. De igual modo, solicitou-se à paciente para fazer o registo diário das situações, pensamentos automáticos negativos, emoções

associadas e, sendo fundamental, a identificação de pensamentos racionais alternativos para esses mesmos pensamentos.

## SESSÃO XXVI

A sessão iniciou-se com a revisão dos trabalhos de casa e esclarecimento de qualquer dúvidas. De igual modo, iniciou-se o treino relativo ao preenchimento de outras fichas de auto-monitorização, cujo instrumento era composto por 4 escalas semanais, com pontuações diárias, que eram preenchidas no final do dia pela própria paciente, marcando com um ponto ou “X” a altura correspondente à pontuação. Ao unir os pontos com linhas, tornou-se possível visualizar o curso dos sintomas, do bem-estar, o tempo despendido nos exercícios, e monitorizar os possíveis avanços, regressões ou a estabilidade dos sintomas. A auto-monitorização permitiu, ainda, visualizar eventuais recaídas, possibilitando a sua correlação com acontecimentos externos stressantes ou situações activadoras ou despoletadoras. De acordo com Cordioli (2004) estes registos são um instrumento útil para a prevenção de lapsos ou recaídas. Segundo alguns autores, nomeadamente Cordioli (2004), os doentes com Distúrbio Obsessivo – Compulsivo têm a sua mente invadida por obsessões de dúvida, que se externalizam sob a forma de indecisão, demora na realização de tarefas, dificuldade em tomar decisões, postergações, lentidão obsessiva, repetições, e, procura constante de reassuramentos. Todos esses fenómenos estão relacionados com a necessidade de não cometer erros, o perfeccionismo e a dificuldade de tolerar críticas. Os pacientes que sofrem dessas crenças necessitam de ter a certeza para tomar uma decisão, o que, muitas vezes, é impossível. Na literatura, apresentam três tipos de manifestações mais frequentes:

- Pouca capacidade para lidar com mudanças que não podem ser previstas;
- Procura constante de certezas, confirmações e reassuramentos;
- Dificuldade em funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas.

Posteriormente, recorreu-se ao exercício da tarte, torta ou pizza, que permitiu auxiliar a paciente a perceber que muitos factores contribuem para que algo aconteça e também permite à própria tomar consciência de que se excede ao avaliar a sua responsabilidade. De igual modo, recordou-se à paciente que, frequentemente, muitos factores contribuem para que ocorram doenças, acidentes, e que executar rituais ou tentar prevenir essas ocorrências negativas através de evitamentos certamente não é o que vai determinar se as coisas vão acontecer ou não. Assim, de acordo com Cordioli (2004) realizou-se o seguinte exercício com a paciente:

- 
- 1) Vamos pensar num acontecimento que você receia que aconteça (morte, doença, contaminação) caso você não executar os seus rituais habituais (verificar, lavagens).
  - 2) Ao considerarmos que um desses factos viesse a acontecer (por exemplo: o seu filho foi ao infantário e voltou resfriado), liste a seguir toas as pessoas, circunstâncias ou factores que poderiam ter contribuído para o resultado. Coloque o seu nome em último na lista.
  - 3) Divida a torta em fatias, atribuindo a cada fatia uma das contribuições listadas que colocou nessa folha. Atribua pedaços maiores a pessoas, circunstâncias ou factores que você acredita terem maior responsabilidade pelo ocorrido.
  - 4) Quando tiver terminado, observe quanta responsabilidade é completamente sua e compare-a com a responsabilidade que é das outras pessoas e/ou factores.
  - 5) Compare a percentagem atribuída que fez agora com a percentagem usualmente atribuída inicialmente, antes de fazer este exercício.
-

Após a apresentação e explicação das ideias anteriores, realizou-se com a paciente um exercício prático de modo a facilitar a compreensão da técnica e, para demonstrar qual a sua aplicabilidade no dia-a-dia.

### **Exercício prático com a torta da responsabilidade**

Imagine a seguinte situação: *o seu filho chegou do infantário com um forte resfriado e, como a febre estava muito alta e havia tosse associada, o médico indicou a baixa no hospital para investigar uma possível pneumonia. Imagine que os seguintes factores ou pessoas poderiam ter contribuído para que o facto acontecesse.*

- a) Existe um vírus da gripe no infantário
- b) O seu marido está engripado há uma semana
- c) O seu filho foi para o infantário mal agasalhado e a temperatura mudou subitamente.
- d) O seu filho não foi vacinado contra a gripe.
- e) Você esqueceu de colocar uma camisola de lã, pois tinha ouvido na televisão que iria mudar a temperatura.

Agora divida o círculo em branco em fatias de acordo com a percentagem de responsabilidade de cada factor, ou seja, atribua pedaços maiores às circunstâncias que você acredita terem maior responsabilidade em relação ao ocorrido. Depois, calcule a percentagem do que de facto seria a sua responsabilidade e compare o número com o quanto você imaginava que fosse inicialmente.

**Torta da responsabilidade:** Factores que podem contribuir para alguém contrair gripe.

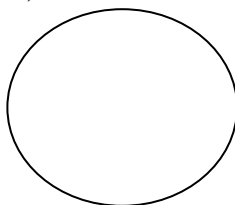


### **Exercícios para casa**

Foi sugerido à paciente para tentar em casa estes exercícios trabalhados na sessão. Ou seja, identificar e fazer o questionamento socrático de pelo menos uma crença errónea (podia ser de risco ou de responsabilidade) em duas situações onde a paciente é levada a realizar rituais de limpeza, verificações ou evitamentos.

Situação A	Pensamento automático ou crença 1	Situação B	Pensamento automático ou crença 2

Depois, fazer uma torta de responsabilidade. Ou seja, escolher uma situação de acidente (real ou imaginária) e atribuir percentagens, no círculo desenhado, a todos os factores que possam ter contribuído para que ele ocorresse.



Antes do encerramento da sessão, fez-se uma revisão acerca das tarefas de exposição e prevenção da resposta a serem realizadas em casa. E também para registá-las nos respectivos registos. De acordo com Cordioli (2004), as tarefas podem envolver exercícios cognitivos de correcção de crenças disfuncionais, comportamentos ou exposição a pensamentos maus, dependendo dos sintomas que o paciente apresenta.

#### SÍNTESE CLÍNICA

Vinte e Oito semanas após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Insight e consciencialização das suas condições Neurológicas**
- Exposição a locais públicos e de relacionamento social (e.g. cafés, restaurantes, hipermercados) embora ainda ocorra estado ansiogénico significativo (apesar da melhoria)
- **Realização de actividades prazerosas**
- **Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral**
- **Diminuição Significativa da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais (remissão de algumas compulsões e rituais)**
- Diminuição de profecias de “Auto-Desvalorização”
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**

#### SESSÃO XXVII

A sessão iniciou-se com a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos. Durante a revisão, aproveitou-se para fazer o questionamento socrático, sugerindo comportamentos e outros exercícios cognitivos. Em função dos avanços verificados, sugeriu-se preliminarmente os exercícios da próxima semana, que seriam revisados no final da sessão. Assim, a sessão centrou-se na prática, na discussão das listas realizadas, tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos.

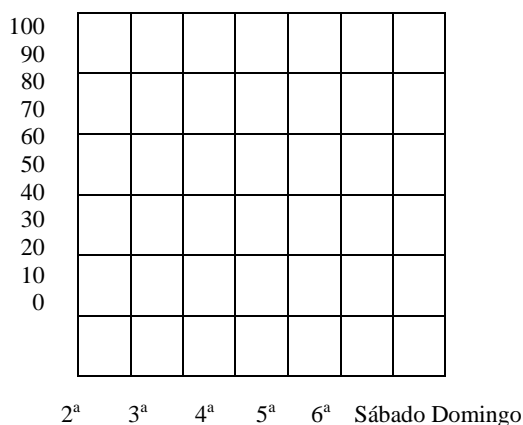
O excesso de responsabilidade da paciente está directamente relacionado com o sentir-se responsável por rituais de verificação, limpeza repetições, *etc.* Em decorrência dessa crença, a paciente considera como sua a responsabilidade de prevenir doenças, acidentes que resultam de erros ou falhas morais involuntárias. Acredita, ainda, que qualquer influência que se possa ter sobre um acontecimento equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo. Para tal, recorreu-se novamente ao Questionamento socrático de forma a corrigir e a hipotetizar as crenças da paciente.

- 
- 
- ▲ E se, de facto, algum dia, acontecesse alguma das coisas que eu imagino? Qual seria a percentagem (de 0 a 100%) da minha responsabilidade?
  - ▲ Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros factores que poderiam ter contribuído para que o facto acontecesse?
  - ▲ Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido?
  - ▲ As pessoas irão me responsabilizar?
  - ▲ O facto de eu ter pensado algo poderia ser suficiente para provocar o que aconteceu?
  - ▲ Os meus rituais de facto reduzem a probabilidade de que coisas más possam acontecer ou apenas reduzem a minha aflição, o meu medo?
- 
- 

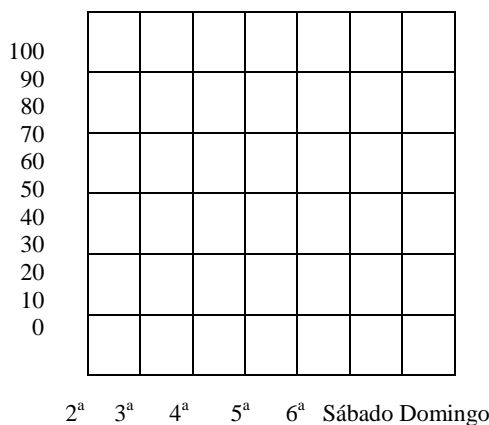
Após este exercício trabalhou-se também outra técnica, particularmente “Flecha descendente” de forma a avaliar a forma exagerada do risco, da responsabilidade, da necessidade de controlar os pensamentos, *etc.* da própria paciente. Isto porque, por vezes, a paciente chega à sessão após ter

constatado que cometeu “*uma falha*”. A paciente, com o auxílio da terapeuta, faz uma afirmação e, depois, vai fazendo uma série de perguntas, como “*Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?*”, “*Se isso de facto ocorreu, o que significa para mim?*”, “*O que de pior pode acontecer?*”, até que se atinja a linha base, que é o pior possível. Cada afirmação é representativa de crenças subjacentes que, no momento ou oportunamente, podem ser questionadas.

Tempo (por dia) dedicado a realizar tarefas de exposição e prevenção da resposta



Obsessões que me perturbam (% do tempo)



Encerrou-se a sessão com uma sumarização, enfatizando os aspectos mais importantes a reter. Foi solicitado à paciente para continuar com os exercícios de exposição e prevenção da resposta bem como, com os exercícios cognitivos.

### SESSÃO XXVIII – SESSÃO XXIX

Inicialmente, foi feita uma revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos. Assim, a paciente mostrou o seu registo e comentou as pontuações atribuídas, justificando-os e procedeu-se à explicação de eventuais picos ou quedas. De igual modo, foi referido ainda à paciente a importância em dedicar tempo à realização destes exercícios e, por sua vez, repetir o número de vezes que poder (exposição) e ficar o maior tempo possível sem executar o ritual ao qual está habituado (prevenção da resposta). Com o passar do tempo os sintomas físicos como também a aflição, desaparecem espontaneamente (habituação), e assim, a pessoa já não sente mais a necessidade de executar o ritual. Torna-se importante recordar a paciente que, muitos dos rituais com o passar do tempo incorporam-se e acabam por se tornar verdadeiros hábitos, que a paciente executa praticamente sem se aperceber.

#### **Exercício prático de exposição e prevenção de resposta:**

Procedeu-se a um exercício prático onde se fez demonstrações e actividades práticas de exposição e prevenção de resposta (modelação), demonstrando o fenómeno de habituação. Assim, para uma demonstração de exposição tocou-se com as mãos na sola dos sapatos e depois tocou-se ao longo do corpo e a “contaminação” passou pela roupa; posteriormente solicitou-se à paciente que fizesse o mesmo, recordando na altura que o facto de não disporem de água para lavar as mãos significava que

está também a fazer uma prevenção da resposta. De igual modo, solicitou-se outras coisas, sempre sem efectuar lavagens posteriores.

Posteriormente, foi trabalhado também com a paciente a técnica de resolução de problemas de forma a ajudá-la na identificação, especificação e definição da situação problemática relacionadas com as suas áreas problemáticas, especialmente com a perturbação em questão. De acordo com Gonçalves (2004), para que tal seja possível deve-se, primeiramente, treinar o paciente na recolha de informação concreta e relevante relativamente ao seu problema. Posteriormente deve ensinar-se ao paciente a identificar algumas distorções cognitivas na formulação e definição desse problema, tais como inferência arbitrária, abstracção selectiva, entre outros erros de processamento cognitivos frequentes nestes paciente. Deste modo e ainda de acordo com o autor, após a recolha da informação o paciente deve ser levado a identificar: 1. quais as condições que tornaram a situação problemática; 2. quais as mudanças desejadas; 3. quais os obstáculos à mudança. Por fim, treina-se o paciente no estabelecimento de objectivos concretos, relevantes e realistas através da substituição da formulação das mudanças desejadas em termos de questões do tipo: “*O que é que eu posso fazer para...?*”. O segundo passo desta estratégia terapêutica consiste em ensinar o paciente a considerar o maior número possível de alternativas e soluções realizáveis para o seu problema (Agras & Apple, 2002; Roca & Roca, 2005). Posteriormente, foram seleccionadas as alternativas que se mostrem relevantes para os objectivos definidos pela paciente, através de: 1. definição da estratégia (plano geral); 2. cursos de acção específicos, isto é, descrição em termos comportamentais das acções instrumentais alternativas; 3. incutir na paciente competências para avaliar a viabilidade e a deseabilidade de cada solução baseadas nos resultados prováveis de cada uma. Neste sentido, foram também antecipados e avaliados os resultados potenciais de cada uma dessas alternativas (numa escala de 0 a 5) que, segundo Gonçalves (2004), devem ser efectuadas em termos de quatro critérios: 1. resolução do problema; 2. bem-estar emocional; 3. tempo/esforço; 4. bem-estar geral, pessoal e social. Ainda de acordo com este autor, com base nessa avaliação deve levar-se o paciente a elaborar um dos três tipos de planos de resolução: 1. *simples* – em que é implementado unicamente um curso de acção; 2. *combinado*, isto é, com a combinação de soluções alternativas que são implementadas em simultâneo; 3. *contingencial*, ou seja, é escolhida uma combinação de soluções a serem implementadas contingencialmente – isto é, se a solução A não funcionar o paciente deverá implementar a solução B e assim sucessivamente.

Finalmente, no último passo desta estratégia terapêutica, baseado nessa avaliação, a paciente foi instruída a escolher uma ou mais soluções que o conduziram a um padrão comportamental adaptativo ao invés do padrão desajustado que possuíam, a pô-la em prática e, por fim, revisar todo o processo para avaliar a sua idoneidade e determinar o que poderia melhorar. Neste sentido, a paciente é encorajada a pôr em prática o plano de solução seleccionado através do ensaio de competências e da sua implementação em situação real, procedendo-se à monitorização dos resultados da aplicação

dessas acções, em termos de frequência, duração, latência, intensidade e produto das respostas e das respectivas componentes cognitiva e emocional. Os resultados da implementação da solução são avaliados utilizando o mesmo conjunto de critérios utilizados na avaliação dos resultados potenciais, ou seja: resolução do problema; bem-estar emocional, geral, pessoal e social; e tempo/esforço (Gonçalves, 2004). Pediu-se então à paciente que praticasse este método de resolução de problemas sempre que possível e que o anote no *registo diário de auto-monitorização*. Desta forma, sempre que surgirem problemas, a paciente deverá anotá-los nos registos, bem como a respectiva resolução que leva a cabo para o resolver (Roca & Roca, 2005).

Finalizou-se a sessão com um breve resumo dos principais tópicos a reter acerca desta técnica.

**Quadro 12.** Passos necessários para a identificação e resolução de problemas, adaptado de Fairburn & Cooper (1989, p. 301) e Fairburn (1985, p. 173).

**Passo 1** – Identificação e especificação rigorosa do problema

**Passo 2** – Identificação de maneiras alternativas de conceptualizar o problema.

**Passo 3** – Vantagens/desvantagens de cada alternativa apresentada. A efectividade e a praticabilidade de cada uma das soluções deverá ser considerada.

**Passo 4** – Escolha de uma alternativa.

**Passo 5** – Definição dos passos necessários para levar a cabo a alternativa escolhida.

**Passo 6** – A actuação de acordo com a solução encontrada.

**Passo 7** – Avaliação dos passos de resolução do problema e decidir como é que o processo poderá ser aperfeiçoado.

## SESSÃO XXX

Iniciou-se a sessão com a revisão dos principais tópicos da sessão anterior e esclarecimento de qualquer dúvida que possa ter surgido. Por sua vez, mesmo depois da paciente ter progredido bastante e ter reduzido significativamente os sintomas, nesta sessão, foram discutidos aspectos relacionados com a prevenção da recaída – de forma muito inicial e breve. Ou seja, a frequência de episódios comuns isolados, de curta duração, de realização de rituais ou evitamentos – os chamados lapsos, que ocorrem por distração, descuido ou mesmo falha nas estratégias de auto-controlo. Os lapsos podem ser interpretados pela paciente como recaídas ou como fracasso de todo o tratamento, eventualmente provocando a descrença quanto à capacidade de, um dia, eliminar por completo os sintomas. Mas é justamente em função dessa descrença que a paciente pode dar espaço a uma recaída. Assim, foi transmitido à paciente que pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase de mudança, quando os rituais constituem verdadeiros hábitos. Todavia, é importante que a paciente conheça algumas estratégias de prevenção de recaídas.

### **Estratégias de prevenção de recaídas**

1. Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objectos) de risco para a realização de rituais, para a ocorrência de obsessões ou comportamentos de evitamento: hora de deitar ou de sair de casa para as verificações, hora de chegar a casa para os que têm obsessões por contaminação.
2. Preparar com antecedência estratégias de confrontação, a fim de lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:

- **Vigilância:** estar atento para o auto-controle e não executar de forma automática os rituais aos quais estava habituado. Para livrar-se do DOC é necessária uma vigilância constante, especialmente nas situações de risco.
  - **Planear com a antecedência** como irá se comportar na confrontação das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma: “vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar a casa durante 15 minutos”.
  - **Distracção:** nas situações de risco, procurar se entreter com outros pensamentos ou actividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar; evitar a focalização da atenção no conteúdo da obsessão e a hipervigilância, procurando distrair-se e não pensar.
  - **Conversar consigo mesmo, dando ordens:** “você tem condições de se controlar”, “não vá verificar se a torneira ficou bem fechada”, “esqueça a torneira”, etc.
  - **Uso de lembretes:** “a aflição não dura para sempre”, “isso é o DOC”, ou “cuidado com o DOC”.
3. Identificar pensamentos automáticos activados nas situações de risco e questionar a sua validade. A aflição que os acompanha pode provocar lapsos (rituais ou eventuais evitamentos). Por exemplo: “se eu não ler de novo este trabalho, os erros podem escapar”; questionamento: “se escapar um erro, o que de pior pode acontecer?” (descatastrofização).
  4. Prevenção das consequências de ter cometido um lapso. Um lapso pode activar as crenças de fraqueza, de ser incapaz de auto-controle (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, sempre acompanhadas de sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. É importante ter em conta que o lapso não é uma recaída.
  5. Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com o terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revise-os: o que provocou o lapso; pensamentos automáticos/crenças e as suas consequências; técnicas de correcção de disfunções cognitivas, etc.
  6. Somente se suspende a medicação quando o médico assim o prescrever.

A sessão finalizou-se com a revisão dos principais tópicos para a paciente bem como, com a opinião da própria face à informação transmitida ao longo da sessão, particularmente quanto à sua relevância e aplicabilidade. Como trabalho-de-casa (para ainda ser debatido durante as próximas sessões) a paciente foi solicitada a fazer uma lista de situações *stressantes* que ela antecipe para um futuro próximo e um plano para responder a elas.

#### SÍNTESE CLÍNICA

**Trinta e Duas semanas** após o início do processo de intervenção a paciente revela:

- **Adesão à medicação**
- **Ausência de períodos de ingestão excessiva de alimentos**
- **Ausência de Insónias Primárias**
- **Insight e consciencialização sobre o Distúrbio Obsessivo – Compulsivo**
- **Insight e consciencialização das suas condições Neurológicas**
- Exposição a locais públicos e de relacionamento social (*e.g.* cafés, restaurantes, hipermercados) embora ainda ocorra estado ansiogénico significativo (**apesar da melhoria**)
- **Realização de actividades prazerosas (Passou a ir ao café 3 dias por semana com o Marido)**
- **Comportamento e Atitude Assertiva nas suas relações pessoais e interpessoais, principalmente no contexto laboral**
- **Diminuição Significativa da frequência, intensidade e duração das compulsões e rituais (remissão de algumas compulsões e rituais) – figura abaixo indicada**
- **Ausência de profecias de “Auto-Desvalorização”**
- **Melhoria da atitude de responsabilidade face ao processo terapêutico**



Apresentaremos uma breve reflexão sustentando essencialmente no facto de, como vimos, cada sessão foi sendo ela própria sustentada através de uma reflexão crítica a partir da prática como um aglomerando de aspectos clínicos (da paciente) e científicos (da literatura). Faremos assim, então alusão a dois/três aspectos que ao longo da discussão de cada sessão não nos pareceu adequado introduzir.

O caso da paciente D. P., quer do ponto de vista da avaliação como da intervenção, exemplifica de forma clara alguns conhecimentos teóricos. Ao nível da avaliação, foi possível verificar alguns deficits evidenciados pela paciente, nomeadamente ao nível da atenção e padrão de impulsividade, concomitantemente com sintomatologia depressiva. Um exemplo regista-se ao nível da memória imediata mediada por um processo de interferência relacionado com a memória de trabalho. Tendo em consideração os traços personalísticos da paciente, a informação proveniente do marido foi fundamental para a compreensão do funcionamento da mesma.

Relativamente ao processo de intervenção desenvolvido junto da paciente, e à semelhança do referido na parte teórica deste trabalho, o tipo de condições neurológicas e psiquiátrica nesta paciente constitui uma variável fundamental para um prognóstico positivo em termos de recuperação. Neste cenário, o papel dos familiares, particularmente do marido, tem sido fundamental na intervenção na medida em que estimula a paciente de forma a aderir correctamente no tratamento farmacológico e psicoterapêutico. Embora a paciente seja o principal elemento de intervenção, a atenção ao marido foi tida em conta (mesmo no desenvolvimento de sessões conjuntas) uma vez que constitui a principal fonte de apoio da paciente bem como o facto de conviver directamente com a mesma sendo fundamental para ele – e para todo o processo terapêutico – ter conhecimento sobre as condições neurológicas e psiquiátricas da paciente, de forma a compreender como se manifesta cada uma delas em termos comportamentais e psicológicos. De igual modo, para além de assim possuir uma razão científica para determinados comportamentos e atitudes da paciente permite ainda, não reforçar positivamente alguns comportamentos, rituais e evitamentos prejudiciais à própria paciente e, conseqüentemente, ao marido, pois se o fizer está a contribuir para a manutenção e propagação do quadro clínico mediado pela ansiedade.

Com este caso, e de acordo com o trabalho desenvolvido até ao momento, conclui-se que a problemática da comorbilidade entre condições neurológicas concomitantemente com condição psiquiátrica não se encerra no paciente (directamente), afectando igualmente os elementos da rede de suporte sócio-familiar, levando a um desgaste constante e sucessivo do próprio paciente mas também do familiar, pois este é induzido a frequentes rituais, verificações e práticas de higiene e limpeza exacerbadas que, por sua vez, a não concretização causam forte sofrimento e ansiedade ao paciente. Neste sentido, o familiar é “compelido” a alterar os seus próprios hábitos e/ou adaptar-se de acordo com os critérios e exigências da paciente, sendo toda esta situação propícia a tensão, desgaste físico e

psicológico. Por sua vez, algumas características são resistentes à mudança e implicam um esforço de adaptação tanto dos técnicos como dos que com a paciente convivam, no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida para ambos. Daí que a duração de um tratamento deve variar em função das necessidades do paciente, das suas características, o que define assim um plano terapêutico específico considerando, entre outros aspectos, as suas características pessoais, o seu quadro clínico e a gravidade da sua doença (Guanaes & Japur, 2001). Estando em completa concordância com os autores, este caso clínico em particular foi pautado por uma ligeira irregularidade que exigia do técnico permanecer ou, por vezes, alterar objectivos de intervenção inicialmente construídos e propostos devido à ocorrência de determinados acontecimentos ao longo da sessão que implicavam obviamente uma mudança de “planos” para a sessão (*e.g.* presença do filho de 1 ano e meio na sessão, em que se estivesse delineado inicialmente, por exemplo, uma sessão de relaxamento, obrigatoriamente teria que se alterar), embora considerasse importante e interessante esta “não estruturação rígida” das sessões pois, tendo em conta as características de personalidade da paciente e do seu quadro clínico em questão (ou seja, uma paciente que controla e prevê todos os acontecimentos diários, traços rígidos e resistentes à mudança) foi interessante delinear sessões para as quais a própria paciente não estava já preparada ou que tivesse antecipado o que fazer e/ou dizer. De igual modo, a própria evolução do tratamento dependeu directamente da motivação, empenho, participação e progresso da própria paciente; todavia, como é possível verificar pela apresentação da última sessão que dita o final do acompanhamento, há a sensação que este trabalho desenvolvido para e com a paciente incorria de continuidade, e de facto é verdade, pois, embora seja um processo de intervenção psicoterapêutico que decorreu durante aproximadamente 8 meses, permanece ainda tópicos que implicavam mais seguimento devido também ao carácter *cronicizante* do Distúrbio Obsessivo – Compulsivo, apresentando elevada taxa de recaída no futuro.

**BREVE NOTA INTRODUTÓRIA:**

Desenvolve-se a apresentação da Componente de Intervenção dando continuidade à operacionalização dos planos terapêuticos desenvolvidos junto a cada utente. Neste sentido, começa-se por expor, de forma ilustrativa, o número de utentes sujeitos ao Acompanhamento Clínico (ao nível psicoterapêutico e a programas de estimulação e reabilitação neuropsicológica) em função do respectivo quadro clínico avaliado bem como, do número de sessões desenvolvidas. Posteriormente, são apresentados 3 casos clínicos de Acompanhamento Psicoterapêutico (o critério de selecção destes casos na panóplia de utentes acompanhados deveu-se unicamente à heterogeneidade das áreas problemáticas envolvidas bem como, da pluridade de técnicas utilizadas) e 1 caso de Estimulação e Reabilitação Neuropsicológica.

**COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO**

<b>ACOMPANHAMENTO</b>	<b>PSICOTERAPÊUTICO</b>	<p><b><u>Ansiedade:</u></b>  <b>A</b> – Perturbação de Pânico S/ Agorafobia  <b>B</b> – Distúrbio Obsessivo – Compulsivo  <b>C</b> – Perturbação de Pânico s/Agorafobia  <b>D</b> – Síndrome de Bornout</p>	<p><b><u>4 Utentes:</u></b>                      A – 13 Sessões = Alta Terapêutica                      B – 30 Sessões = Follow-up                      C – 10 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico                      D – 3 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico</p>
		<p><b><u>Humor:</u></b>  <b>E, F, G, H</b> – Sintomatologia Depressiva</p>	<p><b><u>4 Utentes:</u></b>                      E – 2 Sessões = Drop-out, mudança de residência                      F – 9 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico                      G – 19 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico                      H – 2 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico</p>
		<p><b>I, J</b> - Práticas de Estudo/ Promoção Cognitiva  <b>K</b> - Alterações do comportamento</p>	<p><b><u>3 Utentes</u></b>                      I - 14 Sessões = Alta Terapêutica                      J - 13 Sessões = Alta Terapêutica                      K - 13 Sessões = Alta Terapêutica</p>
		<p><b><u>Práticas Parentais</u></b></p>	<p><b><u>2 Utentes:</u></b>                      L - 10 sessões = Alta Terapêutica                      M - 5 sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico</p>
		<p><b><u>Perturbação de Eliminação</u></b>                      Enurese Nocturna</p>	<p><b><u>1 Utente:</u></b>                      N - 10 sessões = Alta Terapêutica</p>
		<p><b><u>Dislexia</u></b></p>	<p><b><u>1 Utente:</u></b>                      O – 6 Sessões = Indicação continuidade do processo terapêutico</p>
		<p><b>TOTAL SESSÕES</b></p>	<p><b>159 SESSÕES</b></p>
	<b>REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA</b>	<p><b><u>AVC's</u></b>  <b>P</b> – História de doença vascular cerebral: 4 AVC's  <b>Q</b> - Hemorragia intraparenquimatosa cerebelosa hemisférica direita e verniana  <b>R</b> – Doença cerebrovascular  <b>S</b> – Acidente Isquémico Transitório (AIT)</p>	<p><b><u>4 Utentes:</u></b>                      P – 15 Sessões = Drop-out – Falecimento                      Q – 13 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação                      R – 8 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação                      S – 6 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação</p>
		<p><b><u>Demência Tipo Alzheimer</u></b></p>	<p><b><u>3 Utentes:</u></b>                      T – 10 Sessões = Drop-out – Doença incapacitante da cuidadora                      U – 13 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação                      V – 10 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação</p>
		<p><b><u>Deterioro Cognitivo</u></b>                      W – Deterioro cognitivo moderado com possível evolução para quadro demencial</p>	<p><b><u>5 Utentes:</u></b>                      W – 11 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação</p>

	X – Deterioro cognitivo moderado Y – Deterioro cognitivo moderado Z – Deterioro cognitivo moderado Z1 – Deterioro cognitivo ligeiro	X – 9 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação Y – 8 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação Z – 7 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação Z1 – 9 Sessões = Indicação continuidade do processo de estimulação
	<b>TOTAL SESSÕES</b>	<b>119 SESSÕES</b>
<b>TOTAL (Psic.+Reab.)</b>		<b>278 SESSÕES</b>

## CASO Nº 1

### Identificação Sumária

**Nome:** J.G.R. **Sexo:** Feminino **Idade:** 24anos **Estado Civil:** Solteira **Escolaridade:** Licenciatura **Profissão:** Estudante Finalista **Residência:** Covilhã **Número de Sessões:** 13 Sessões **Motivo de Avaliação e de Acompanhamento:** pedido efectuado pelo médico Neurologista, para avaliação e acompanhamento devido a quadro ansiogénico instalado.

### OBJECTIVOS GERAIS DE INTERVENÇÃO

1. Estabelecimento da Relação Terapêutica
2. Início ao processo de Avaliação cognitiva – comportamental
3. Ênfase do Registo de Auto-monitorização
4. Estabelecimento do Trabalho-de-casa
5. Apresentação do racional da patologia e do tratamento bem como, socialização com o modelo cognitivo e a construção do modelo idiossincrático da perturbação de pânico da paciente
6. Psicoeducação acerca do início e desenvolvimento da perturbação de pânico (com agorafobia)
7. Identificação dos pensamentos automáticos negativos, evitamentos e comportamentos de segurança
8. Implementação das estratégias de *coping*, associada a estratégias cognitivas
  - ⊕ Introdução e treino da respiração diafragmática
  - ⊕ Racional da técnica de relaxamento bem como, introdução e treino da técnica de relaxamento muscular progressivo
  - ⊕ Introdução e treino da técnica de distração
9. Início ao processo de substituição dos Pensamentos Automáticos Negativos por Pensamentos Racionais Alternativos
10. Reestruturação das crenças disfuncionais associadas ao medo das sensações corporais
11. Explicação do racional da técnica de exposição
12. Implementação e treino da técnica de exposição gradual e mediatizada
13. Introdução à prevenção de recaída
14. Treino das Estratégias de Inoculação do Stress
15. Debate das vantagens e desvantagens encontradas no processo terapêutico
16. Início do desmame terapêutico
17. Estipulação do *follow-up*

### INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

De acordo com o pedido solicitado pelo Neurologista, desenvolveu-se junto à paciente um plano de frequência a sessões de acompanhamento psicoterapêutico, tendo sido inicialmente com uma assiduidade de uma sessão semanal, posteriormente sendo alterada para uma sessão quinzenal e/ou mensal (em função do progresso alcançado pela paciente e, conseqüente, melhoria). A paciente chegou ao nosso serviço com Quadro mediado pela Ansiedade caracterizado por sentimentos intensos de apreensão e um período distinto de desconforto acentuado acompanhado por um conjunto de sintomas somáticos (e.g. palpitações, taquicardia; sudorese; tremores; sensação de calor e tontura, etc.) e cognitivos. A ansiedade sentida conduziu tipicamente a evitamentos de uma variedade de situações que incluíam estar sozinha fora de casa ou em casa, viajar de automóvel, tomar banho com a porta fechada, tomar café, etc. Assim, a paciente apresentava um receio aprendido de determinadas

sensações corporais associadas com ataques de pânico, preocupação persistente acerca a possibilidade de ter novos ataques e preocupação acerca das implicações ou consequências dos ataques.

Deste modo, o acompanhamento psicoterapêutico centrou-se em um programa estruturado de forma a possibilitar a redução da ansiedade, ensinando a paciente a identificar, avaliar, controlar e modificar os seus pensamentos relacionados com o medo e comportamentos associados. Por sua vez, uma variedade de técnicas comportamentais e cognitivas foram usadas para alcançar esses objectivos, nomeadamente psicoeducação e informação correctiva direccionada para a etiologia e manutenção da perturbação; reestruturação cognitiva; respiração diafragmática; relaxamento muscular; técnicas de distração; e, exposição *in vivo*; *etc.* Todavia, por forma a possibilitar uma melhor compreensão acerca do plano terapêutico elaborado junto à paciente, torna-se fundamental enunciar – sucintamente – todas as estratégias desenvolvidas, quais os objectivos subjacentes e, por sua vez, o comportamento e atitude da paciente face ao proposto. Como foi possível observar inicialmente, são apresentados os objectivos de intervenção que permite de forma rápida e concisa, tomar conhecimento relativamente ao tipo de acompanhamento delineado e inerentemente, as estratégias/técnicas escolhidas.

Neste sentido, as sessões iniciais começaram pelo estabelecimento da aliança terapêutica e iniciação à avaliação do(s) problema(s) da paciente, começando obviamente pela entrevista clínica (de forma a especificar a natureza do problema, gerar hipóteses e identificar a necessidade de outras avaliações para uma melhor compreensão das dificuldades da paciente). A entrevista foi organizada de uma forma semi-estruturada, com flexibilidade, para que a doente referisse os pormenores das suas dificuldades que julga importantes. Assim, no início da consulta foram feitas questões mais abertas para facilitar a abordagem e a própria relação terapêutica. Depois de trabalhados todos os aspectos necessários à compreensão dos factores predisponentes, precipitantes e factores de manutenção da problemática, foram implementados uns processos de psico-educação, reestruturação cognitiva, relaxamento e posteriormente, respectiva exposição directa aos estímulos receados.

A paciente encontra-se explicitada acerca dos condicionamentos de primeira, segunda e terceira ordem envolvidos na sua perturbação, compreendendo por isso mesmo a necessidade de intervir directamente no condicionamento base (de primeira ordem), uma vez ser este que está a manter todo o quadro. Importa referir, antes de mais, que todas as sessões desenvolvidas junto à paciente eram caracterizadas com um momento inicial de revisão dos trabalhos de casa e das situações/acontecimentos decorrentes ao longo da semana bem como, de um momento final de estabelecimento de trabalhos de casa e uma sumarização a realçar os tópicos mais relevantes a reter para o quotidiano da paciente. Contudo, esta prescrição de **trabalho-de-casa** foi dada à paciente após uma explicação o mais clara possível acerca da importância que estes têm na sua recuperação terapêutica. Ou seja, reforçou-se a ideia de que a prática continuada dos vários exercícios aprendidos durante as sessões terapêuticas são de crucial importância para o êxito terapêutico. Neste sentido, foi inicialmente sugerido para a paciente registar as várias situações/acontecimentos que despoletaram

em si um conjunto de pensamentos negativos/catastróficos, emoções desagradáveis subjacentes e comportamentos adoptados para transmitir-lhe (ou sentir-se) um determinado grau de segurança e conforto. Assim, um **registo de auto-monitorização** funcionou, concomitantemente, para a avaliação

Perturbante (0-10)	Edução (O que senti) (0-10)	Pensamentos	Comportamento (O que aconteceu)
Antes da avaliação → ao deitar, dificuldade em dormir (8)	→ nervosa (8) → batidas cardíacas aumentadas (8) → corpo quente (7) → perda de controle (10)	→ Desumio → sentir um mal → perda de controle "Talco todo do desumio"	→ chamar as pais → levantar da cama → receber a caloradas
→ Ir no elevador (7)	→ Pânico (8) → caloradas (7)	→ parece sente o umas rápido respirar	→ ir para a casa → falar com a mãe (respirar-me)
Como a avaliação → medo de tomar banho, estúpido sozinho em casa (8)	→ medo de me sentir um (8) → nervosa (7) → Pensamento negativo (5)	→ Estou a pensar que me estou a sentir bem; → não sei me sinto como quando desumio; → talvez pense outras coisas.	→ ir fazer a prova da casa de trabalho; → ir fazer o trabalho → ir desligado a água → tomar banho com respirar
→ conduzir (sozinha) (6)	→ Pânico no centro (7) → nervosa (8) → perder controle (7) → medo (5)	→ Pense "eu estou bem" → conduzir umas de repente → Estou um pouco estúpido a estrada pois com o nervosismo tenho um pouco que não vejo tão bem.	→ começar a cantar → talvez estúpido → aborcer um pouco a janela do carro → ir para a casa
→ responder à escola (trab, traq...) (5)	→ nervosa (6) → caloradas (6)	→ Estou nervosa e sou rápida para estar	→ beber água → falar com uma amiga para me distrair → ir para a casa
Medo de me sentir um mal quando me levanto de manhã (5)	→ medo (6) → nervosa (5)	→ Isso voltar a desumio → medo de sentir um mal	→ ir tomar o pequeno almoço → ir de tomar banho

**Figura 20.** Registo de Auto-Monitorização elaborado pela paciente como tarefa para casa

e tratamento da Perturbação de Pânico (com agorafobia), pois permitiu que as memórias retrospectivas não sejam enviesadas, e pode, efectivamente funcionar como um instrumento terapêutico. Todavia, inicialmente foi comunicada a paciente a explanação do racional teórico desta estratégia, quais os objectivos subjacentes e consequente resultado. A sua utilização permite ainda, entre outros muitos aspectos, avaliar a frequência dos ataques de pânico, intensidade,

tipo e perfil do sintoma. Então foi necessário explicar à paciente, nas primeiras sessões que, estas mediadas de auto-monitorização consiste, por regra geral, num registo que a paciente realiza dos pensamentos, emoções e comportamentos específicos envolvidos nas situações que provocam a ansiedade. Também permite avaliar em que ponto do processo terapêutico da paciente particular se encontra. Outra fase do processo de intervenção psicoterapêutica caracterizou-se pela explicação dos ataques de pânico como causados por interpretações catastróficas das sensações corporais e uma clarificação dos aspectos fulcrais da terapia cognitiva. Assim, a paciente compreendeu a estrutura da terapia/tratamento (isto é, a curto-prazo e orientada para o problema; incluindo o trabalho de casa para o desenvolvimento de aptidões); e os seus procedimentos terapêuticos (identificação dos pensamentos automáticos, crenças catastróficas acerca do perigo dos sinais corporais, atitudes e comportamentos disfuncionais), e debateu-se com a paciente as suas dificuldades de uma forma que lhe permitisse compreender os processos identificados que contribuem para a manutenção da perturbação de pânico (com agorafobia).

Através de **psicoeducação** foi possível fornecer à paciente formas para identificar as suas áreas problemáticas e, explicar à mesma a natureza da sua doença, o porquê dos seus sintomas e ataques de pânico, tendo constantemente o cuidado e o interesse em apresentar os tópicos e delinear as estratégias de forma idiossincrática. De igual modo, esta informação e educação foram dadas de forma didáctica. Desta forma, foi descrita a natureza e bases físicas da ansiedade, do medo, e pânico, incluindo a rede neurobiológica, que é considerada como estando envolvida nestas emoções. Assim, foi explicado que a ansiedade e o medo são estados emocionais normais e geralmente protectores, pois possibilitam a sobrevivência e a competição dos seres humanos. De forma complementar, foi dito à paciente que, a ansiedade é uma emoção experimentada por todos os seres humanos e que se

traduz por um conjunto de modificações corporais e cognitivas que, embora por vezes desconfortáveis, não são perigosas. Na componente educativa foram assim debatidos, sistemática e estruturadamente, os seguintes aspectos:

- **O que é a ansiedade:** procurou-se mostrar à paciente a natureza da ansiedade. Esta, pode ser entendida como uma resposta importante para a sobrevivência, tendo um papel de extrema importância para a evolução do ser humano. Ou seja, todos os humanos experienciam as sensações de ansiedade contudo, uns, de forma mais adaptativa do que outros.
- **Em que circunstâncias surge a resposta ansiosa:** neste ponto procurou-se que a paciente identificasse e compreendesse que a sua ansiedade surge sempre que percebe/interpreta um estímulo ou situação como ameaçador/perigoso para a sua segurança. Neste contexto a paciente foi levada a reflectir de que forma os seus pensamentos acerca do que sente ou da situação que está a experimentar são cruciais no desencadear da ansiedade.
- **Forma como se manifesta:** foram abordados os três componentes da resposta ansiosa (ou os três sistemas de ansiedade) – fisiológica, cognitiva e motora – debatendo a função de cada um dos sintomas que os constituem, acentuando o seu valor funcional e adaptativo. Neste contexto foram descritos os sintomas da ansiedade, debatendo o significado e valor da taquicardia, da tensão muscular, da inquietação, *etc.*, com especial ênfase nos sintomas enunciados e experimentados pela paciente. A nível comportamental, perante situações receosas, os sujeitos evitam-nas, tentando não se inserir nelas, ou quando estão na situação tentam sair delas o mais rapidamente possível. Aqui também foram utilizadas situações experienciadas pela paciente. E a nível cognitivo, foi importante que a paciente percebesse que as suas crenças e as interpretações que faz sobre as situações receosas são o que sustentam, em grande parte, os seus problemas.
- **A ausência de consequências negativas para o organismo dos sintomas de ansiedade:** neste ponto a mensagem centrou-se na sua natureza de resposta evolucionária para a qual o organismo está preparado e não na perigosidade dos sintomas fisiológicos e cognitivos, já que sem ansiedade o ser humano não teria sobrevivido. Todos os humanos experienciam as sensações de ansiedade contudo, uns, de forma mais adaptativa do que outros, Assim, a ansiedade tem um carácter adaptativo.
- **Diferença entre ansiedade normal e patológica:** aqui procurou-se que a paciente compreendesse que existe uma continuidade entre a ansiedade normal e patológica, sendo a diferença mais de grau do que de tipo, dado o papel vital que a ansiedade desempenha na sobrevivência do organismo. Contudo, na ansiedade patológica há uma percepção enviesada e sobreavaliada da ameaça ou perigo, enquanto que na ansiedade normal há mais uma estreita correspondência entre a avaliação da ameaça e os perigos objectivos do meio ambiente.
- **O que são os ataques de pânico:** Dadas as explicações do que é ansiedade e de todos os aspectos referidos em cima, passou-se à explicação concreta dos ataques de pânico, como sendo reacções de medo que são excessivas para uma situação ou para as quais os estímulos provocadores não são sempre evidentes. E que se manifestam ou têm a sua origem, nas três componentes da resposta ansiosa já referidas e explicadas à paciente.
- **Os três mecanismos de manutenção dos ataques de pânico:** pensamentos disfuncionais (ansiosos) – a interpretação errónea das sensações corporais de pânico e preocupação acerca das consequências do pânico; condicionamento – associações entre o medo e o estímulo presente quando a resposta de medo previamente ocorreu; e a ansiedade e comportamentos receosos – comportamento que uma pessoa exhibe ou intencionalmente omite de forma a reduzir o desconforto. Desta forma, foi importante ter em atenção o papel que as cognições ocupam no processo da ansiedade.
- **Que implicações tem os comportamentos evitantes:** o evitamento é um importante conceito que ajuda a compreender o porque da ansiedade se manter. Utilizou-se, por exemplo, os comportamentos agorafóbicos da paciente, explicou-se como os comportamentos evitantes mantêm a perturbação.

Após a paciente ter compreendido o quanto os pensamentos são importantes na resposta de ansiedade, foi mais facilitador construir o modelo cognitivo do pânico um modelo específico e conceptualização idiossincrática das crises de pânico da paciente. Assim, com a ajuda do conteúdo do último ataque de pânico foi possível compreender que o processo do ataque de pânico começou com um determinado estímulo e a partir daqui construiu-se o ciclo vicioso idiossincrático da paciente.

Posteriormente, passou-se ao desenvolvimento de uma série de estratégias de *coping* nomeadamente **relaxamento e respiração diafragmática**. Relativamente à respiração diafragmática, esta estratégia é de extrema importância para o manuseamento de episódios de alta ansiedade ou de pânico, pois permite estados generalizados de relaxamento, impede a hiperventilação, e corrige a alcalose respiratória responsável pelas parestesias, desrealização e tonturas. Enfatizou-se, também a importância de um treino diário desta técnica, nomeadamente dedicar no mínimo 10 minutos diários. Em simultâneo, foi enfatizada a integração das técnicas da respiração diafragmática com as estratégias cognitivas, para que a paciente identificasse os pensamentos automáticos catastróficos e os erros subjacentes bem como, iniciar a mudança para pensamentos positivos alternativos,

relativamente aos ataques de pânico. Por sua vez, e relativamente ao relaxamento muscular

touros baixo  
- todos

Racionalizado:  
- "Estou a sentir dor de cabeça (tensão)  
Cito passo desaturado"

Estratégias:  
- ponto do caso de baixo tensão (60)  
- não fecho o polívoro (80)  
- tou sempre com o chaveiro na  
mão e vou desligando a srua. (80)

Figura 21. Identificação de P.A.N. e estratégias de coping desadequadas

progressivo, este envolve a contracção e o relaxo de todos os grupos musculares do corpo, cada um no seu tempo determinada. Pela alternância do estado de tensão e do estado de relaxo, a paciente aprendeu a discriminar entre esses estados, e também permitiu conhecer as partes do corpo em que a paciente sentia-se particularmente tenso.

De igual modo, foram usadas estratégias em que o seu primeiro objectivo era provocar um alívio imediato dos sintomas, daí as técnicas de distracção, que são

efectivas a curto-prazo; ou seja, permitia aliviar de imediato os sintomas de ansiedade, através do desvio da atenção dos pensamentos ou dos sintomas físicos que provocam essa mesma ansiedade. Explicou-se ainda que, os mecanismos de atenção têm um papel fulcral no desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade, em geral, isto significa que, a atenção auto-focada pode servir como um predisponente ou uma consequência da ansiedade. Por conseguinte, então tentou-se treinar com a paciente algumas técnicas de distracção, com as quais pretendia-se que a paciente aprendesse a mover o foco de atenção das suas sensações para um incompatível foco alternativo. De igual modo, cooperativamente foi possível a verificar a relação entre as sensações ou grupo de sensações e interpretações específicas através de uma lista de todas as sensações, as quais a paciente experienciava num ataque de pânico e também pela realização de uma lista de pensamentos negativos que ocorriam num ataque, os que estão geralmente associados às sensações, ou seja, os pensamentos que podem definir a interpretação das suas sensações. Ou seja, quando a paciente aprende a identificar o conteúdo concreto dos seus pensamentos, apresenta não só a sensação de controlo resultante da compreensão de que as suas emoções são provocadas por pensamentos concretos, como

Data	Situação	Sintomas	Pensamentos negativos	Sinais fisiológicos	Pensamentos alternativos (racionais)	Escore (0-100)
Segunda						
Terça	Estudar	Dor cabeça Tremores náuseas ansiedade	"Quanto estudar e nos cursos eu estou muito nervosa"	(70)	Concentre-se e fui beber um copo de água. "Isto é só de estar nervosa, tudo de um momento" - e para lá	(80)
Quarta	Estudar à noite estava um pouco nervosa	"	"Ja estou calma nem tem dor de cabeça, tenho de ir dormir um comprimido"	(70)	Fiz um bocadinho dos meus trabalhos e foi mais saudável um dia	(80)
Quinta	De manhã sentiu-se a cabeça na nuca	trancos nervosa ansiosos	"Eu tenho a cabeça doendo, porque estou a sentir um pouco"	(60)	"Absteve-se de pensar no meu problema" "Como estou melhor vou para casa e saberemos o que é isso" "Vou fazer o meu trabalho, e depois"	(70)
Quinta	De tarde estava um pouco nervosa por causa da mãe	"	"Nos 45 minutos para o almoço"	(50)	"Vou fazer o meu trabalho, e depois"	(60)
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Figura 22. Identificação de Pensamentos Racionais Alternativos

também pode pôr à prova essas crenças e modificá-las. Por conseguinte, após identificados os pensamentos catastróficos, o grau de ansiedade que produzem e o peso que estas crenças tinham na paciente, procurou-se substituir esses pensamentos automáticos negativos por pensamentos mais realistas.

Durante as sessões, trabalhou-se corroborativamente para identificar respostas racionais para os

pensamentos automáticos. Um dos primeiros passos foi analisar as evidências que sustentam ou não estes pensamentos automáticos para depois reestruturá-los (exemplo do registo feito pela Paciente no decurso da sessão). Resumindo, o que se pretendeu foi fazer a reestruturação da interpretação que a paciente dava às suas sensações corporais e encontrar, conjuntamente com a mesma, auto-verbalizações alternativas mais adequadas ao tipo de sensações experimentadas, que permitia uma aprendizagem de reatribuição dessas sensações. No tratamento cognitivo do pânico (com agorafobia), a ênfase também tem sido centrada na identificação e na eliminação de comportamentos de segurança, que é parte do comportamento expressamente designado para afastar a catástrofe receada. Após todas as técnicas e estratégias desenvolvidas para e com a paciente, passou-se para uma fase essencial e importante do processo terapêutico, particularmente para a explicação do racional da técnica de exposição. Isto porque, muitos pacientes com perturbação de pânico com agorafobia evitam locais onde têm receio de ter um ataque de pânico, contudo para desconfirmar as suas crenças implica ter que voltar a tais locais. Assim, transportando para o nosso caso em particular, a paciente ao saber que vai entrar numa fase de exposição, os seus níveis de ansiedade poderiam ficar bastante altos, e por tanto foi crucial maximizar a sua motivação. De forma sucinta, as técnicas de dessensibilização sistemática consistem na associação de técnicas de relaxamento com situações-estímulo ansiogénicas. O processo de exposição gradual e mediatizada é constituído por três componentes fundamentais: inicia-se com o treino de relaxamento progressivo, seguido da construção das Unidades Subjectivas de Desconforto (USD) e à posterior, a apresentação da hierarquia (por imaginação ou *in vivo*) emparelhada com a resposta de relaxamento. Assim, a terapia iniciou-se com o processo sequencial do treino de relaxamento progressivo – resposta antagónica inibidora da ansiedade. Todavia, uma vez que em sessões anteriores já tinha sido treinado esta estratégia de relaxamento, nesta fase simplesmente fez-se um pequeno treino; dando-se início, em simultâneo, à construção das hierarquias dos estímulos ansiogénicos. Esta hierarquia é uma lista de situações, actividades, e lugares que a paciente receava ou evitava devido ao medo sentido de ter ataques de pânico, posicionadas de acordo com a dificuldade ou a ansiedade que é enfrentar essas situações. Por último, cada item da hierarquia foi apresentado em simultâneo com a resposta de relaxamento inibidora da ansiedade, em que a paciente foi exposta repetidamente a cada um dos itens da hierarquia, progredindo apenas para níveis superiores quando tenha ultrapassado a ansiedade manifestada nos níveis inferiores (habitualmente três exposições sem relatar ansiedade).

Após todas as estratégias desenvolvidas e, fundamentalmente, o progresso da paciente, começou-se a trabalhar o **desmame terapêutico**. Verifica-se que os pacientes com perturbação de pânico com agorafobia apresentam um grau elevado de dependência. Para incrementar a independência implementou-se gradualmente a auto-iniciativa de exposição. Por sua vez, quando se começou a aproximar a finalização da terapia, as consultas passaram a ser mais distantes umas das outras, de modo a se estimular a auto-confiança e a independência do paciente. Após o programa terapêutico foi

fundamental preparar a paciente para o fim da terapia, que está essencialmente orientada para a **prevenção de recaída**. Assim, um dos primeiros objectivos das últimas sessões foi auxiliar a paciente a prescrever um programa pessoal para uma continuada exposição em casa e para uma manipulação das dificuldades que lhe vá surgindo, que podem ser sentidas como, ou levar a uma recaída. A paciente foi alertada que os sintomas flutuam naturalmente durante o tempo (*e.g.* durante períodos de *stress*), e nestes momentos a paciente pode ficar com mais receio de que, todo o esforço para a recuperação possa ter sido em vão. Todavia, é necessário explicar que estes momentos podem não estar a significar uma recaída. Em simultâneo, os períodos de exacerbação podem ser antecipados e podem ser vistos como “pistas” e oportunidades para a re-aplicação das aptidões aprendidas durante o tratamento. Neste sentido, estas sessões de prevenção de recaídas tinham como objectivo, chamar a atenção da paciente para a possibilidade de poder vir a ter futuramente novas crises de pânico; os factores que podem desencadear futuras crises de pânico e como actuar para as reduzir; e informar a paciente do que deve fazer se tiver novas crises de pânico. Como trabalho-de-casa (para ainda ser debatido durante estas sessões) foi solicitado à paciente uma lista de situações *stressantes* que ela antecipe para um futuro próximo e um plano para responder a elas.

Concomitantemente com o transcrito no parágrafo anterior, também se desenvolveu o **treino de estratégias de inoculação de stress**; procurou-se, através do treino de aptidões de confronto levar a paciente a enfrentar eficazmente as fontes de stress. Este modelo – modelo transaccional do *stress* – defende que o *stress* ocorre quando as exigências da situação ultrapassam os recursos comportamentais e cognitivos disponíveis no indivíduo. Após esta breve explicação do racional desta técnica, também foi fornecida à paciente a seguinte informação: o treino de inoculação de *stress* contém três aspectos essenciais, a conceptualização (recolha e integração dos dados), a aquisição e ensaio de aptidões de confronto (estratégias comportamentais e cognitivas), e a aplicação e seguimento (estratégias de ensaio em imaginação, estratégias de modelagem e prática comportamental, estratégias de prevenção da recaída e seguimento. Como já foi referido, para aplicação destas estratégias de inoculação de *stress* podia-se socorrer à lista das situações *stressantes* (fontes de stress) solicitada ao paciente como trabalho para casa. As vantagens e desvantagens, ou os aspectos positivos e negativos, encontradas durante o processo terapêutico foram discutidas e avaliadas no sentido de verificar quais é que tiveram maior peso no processo terapêutico. Para finalizar, marcou-se as consultas de *follow-up*.

## EM SUMA

Perante todo este processo a paciente apresentou-se colaborativa e participante nas tarefas desenvolvidas, verificando-se uma evolução terapêutica bastante positiva. Actualmente, **a paciente apresenta-se francamente melhorada na esfera da Ansiedade, retomando adequadamente a sua funcionalidade pessoal, social e interpessoal** – onde foi dada Alta das sessões de acompanhamento do serviço de Neuropsicologia.

### Identificação Sumária

**Nome:** H.C. **Sexo:** Masculino **Idade:** 8 anos **Estado Civil:** Solteiro **Escolaridade:** 4ª classe **Residência:** Covilhã  
**Número de sessões:** 14 Sessões **Motivo da Avaliação e de Acompanhamento:** pedido efectuado pela médica neurologista para avaliar Alterações de Comportamento/Dificuldades de Aprendizagem

#### OBJECTIVOS DE INTERVENÇÃO:

1. Estabelecimento e fortalecimento da relação terapêutica
2. Exploração de informação relacionada com o:
  - ✧ Decurso do dia do H. C.;
  - ✧ Contexto escolar (disciplinas de maior e menor preferência, nas quais apresenta mais dificuldades);
3. Utilização de material com o objectivo de desenvolvimento do raciocínio lógico, linguagem e controlo de impulsos.
4. Análise do caderno escolar: erros ortográficos e verificação das principais dificuldades na Língua Portuguesa.
5. Desenvolvimento de Actividades: Pintura, Escrita, Correção de Ortografia.
6. Folha de Registo do Comportamento nas Sessões
7. Trabalho para casa.
8. Verificação do TPC (trabalho para casa) (Treino de Atenção e Concentração)
9. Início ao Treino de Resolução de Problemas
  - ✧ História da Rita e do Pedro (Casa ou Passeio?): Banda desenhada alusiva a uma situação de tomada de decisão e resolução de Problemas
  - ✧ Discussão
10. Realização de Actividades (treino de Atenção e Concentração)
11. Elaboração do registo do horário escolar e outras actividades
12. Apresentação do Registo de Auto-monitorização de Tarefas
13. Exploração das Actividades de Vida Diária
14. Identificação e utilização de competências/ estratégias de resolução de problemas
15. Promoção da percepção pessoal de controlo (internalidade do comportamento) na utilização dos processos treinados
16. Reflexão sobre os processos e as estratégias utilizados nas tarefas da sessão (metacognição)
17. Transposição das situações de Treino para as situações do dia-a-dia, nomeadamente familiares e escolares
18. Introdução da Técnica *Token Economy*:
  - ✧ Racional teórico da técnica
  - ✧ Definição de recompensas e actividades a desenvolver
  - ✧ Estabelecimento do Contrato de compromisso
19. Desenvolvimento de actividades com o objectivo de desenvolver o raciocínio matemático e a língua portuguesa:
  - ✧ Exercícios Matemáticos
  - ✧ Exercícios de Língua Portuguesa.
20. Avaliação do seu desempenho e discussão acerca do que pode ser melhorado
21. Recorte e colagem dos pontos no Banco Pessoal
22. Racional teórico acerca da Assertividade
  - ✧ Tarefas de preenchimento individual alusivo à Assertividade (perceber o significado das consequências)
23. Desenvolvimento de Actividades: Escrita: Ditado, Correção de Ortografia Operações aritméticas
24. Desenvolvimento de Actividades de desenvolvimento do Raciocínio Verbal:
  - ✧ Palavras que têm o mesmo significado
  - ✧ Palavras que têm significado oposto
  - ✧ Palavras que pertencem à mesma classe
25. Desenvolvimento de Actividades: Leitura, resolução de Ficha Informativa; Cópia de excerto do texto
26. Desenvolvimento de actividades inseridas no Treino de Atenção e de Concentração com conteúdos verbais
27. Desenvolvimento de Actividades inseridas no Treino de Gnosias e Ficha de correspondência de Códigos
28. Início do desmame terapêutico
29. Estabelecimento de consultas Follow-up

### INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Deu-se início à sessão com a presença de H. e a sua mãe de modo a expôr a contextualização do motivo pela qual procurou os nossos serviços. Primeiramente, procurou-se atendendo a uma forma pedagógica, operacionalizar as dificuldades que H. apresentava, bem como determinados comportamentos que lhe estava a comprometer algumas áreas de vida (e.g., familiar e escolar), considerando que todo este processo se baseava na reciprocidade de ambas as partes. Logo a seguir,

foram colocadas as primeiras questões relacionadas com o decorrer do fim-de-semana e com o dia do H., bem como com aspectos relacionados com a escola, disciplinas favoritas, tendo sido referido que as preferidas são Estudo do Meio e Matemática, enquanto as de menor preferência correspondem a Língua Portuguesa, acrescentando que tinha dificuldade na escrita de determinadas palavras, caracterizada por erros ortográficos. É de referir, que no início da conversação, H. assumiu uma postura reservada, conferindo respostas com o estritamente necessário. No entanto no decorrer da sessão, e com a implementação de tarefas práticas, nas quais a atenção, a concentração e o controlo de impulsos são funções inerentes o paciente foi-se envolvendo com maior evidência. Posteriormente desenvolveram-se tarefas que implicavam a compreensão básica da ordem dos acontecimentos através de cartões ilustrativos. Neste sentido, foram dados ao paciente ambos os cartões (um ilustrativo de uma situação causal relativamente a outra situação) e foi convidado a identificar os objectos inerentes à imagem de cada cartão e, de seguida, que os organizasse de uma forma correcta. Utilizando o mesmo material de estimulação, desenvolveram-se tarefas que tiveram como objectivo o desenvolvimento do raciocínio lógico, e que simultaneamente requerem um maior nível de atenção focalizada e de concentração, bem como o estabelecimento de um controlo inibitório. A atenção constitui uma das funções básicas do sistema cognitivo, pois permite o processamento de estímulos internos e externos e na ausência desta função, o envolvimento em tarefas voluntárias seria prejudicado. É entendida como um mecanismo central de controlo que permite regular um conjunto de funções, inibir informação desnecessária, intervir no processamento de informação, *etc.* Posteriormente, desenvolveu-se uma tarefa de estimulação do discurso livre, tendo em conta a associação de acontecimentos causais, nos quais o H. conferia uma consequência alternativa considerando os vários elementos inseridos nas imagens. Nestas tarefas, o paciente não evidenciou particular dificuldade, realizando e concluindo as tarefas com sucesso. A nível comportamental, de facto H. apresenta um padrão de impulsividade nas tarefas, dificuldades em se manter concentrado e focalizado na tarefa, desinteresse em investir em tarefas escolares ou pedagógicas em casa. Relativamente ao padrão de impulsividade na realização da tarefa, H. apresenta este sintoma que vai no sentido de querer realizar a tarefa o mais depressa possível. A sessão finalizou-se com a solicitação a H. para trazer o caderno escolar para verificar as dificuldades na escrita, para a análise na próxima sessão. O paciente surge à próxima consulta acompanhado pela mãe, mantendo uma atitude e um comportamento calmo e colaborativo; embora tivéssemos já verificado uma possível conflitualidade fraternal e práticas educativas desadequadas que se manifestam num vínculo mãe-filho desestruturado. No que concerne ao Treino de Atenção e Concentração, este justifica-se, pois a Atenção constitui um constructo multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com os níveis de alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade ou ao nível de apreensão, entre outros, sendo que a investigação sugere que os problemas de atenção revelam-se mais acentuados particularmente em tarefas em que é exigido uma vigilância ou uma



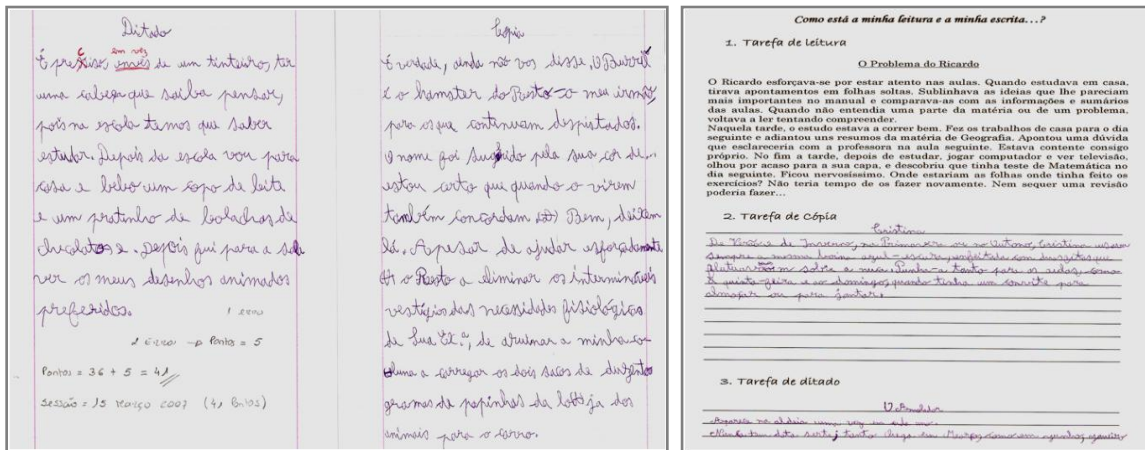


Figura 25. Tarefas de Leitura e Escrita

Relativamente aos exercícios de focalização da atenção H. apresentou um bom desempenho. Este tipo de exercícios permitem ajudar a criança a aprender estratégias que elicitam a focalização da sua atenção. É importante proceder à intervenção a este nível, pois as consequências funcionais são maiores do que, por exemplo, ao nível da agitação psicomotora. A incapacidade para prestar atenção é que torna igualmente a organização das suas tarefas desadequada, e isso estende-se aos hábitos de estudo, como não realização dos trabalhos de casa, aumentando notavelmente a probabilidade de insucesso escolar. Os níveis desadequados atencionais, também prejudicam a nível familiar, na medida em que a criança ao não focalizar a sua atenção às ordens e regras que são estipuladas, não obedece. Deu-se continuidade à sessão, desenvolvendo o Treino de Resolução de Problemas. Neste sentido, e de forma lúdica, facultou-se uma banda desenhada, na qual esteve inerente uma história em que as personagens seguem determinados passos para tomarem uma decisão e depois o indivíduo, de acordo com os passos que realiza, é solicitado a resolver outros problemas. Foi solicitado a H. para ler em voz alta e posteriormente para optar, pela opção que mais lhe faz sentido. Para a cada uma das situações apresentadas ao longo da história, H. dispôs de uma ficha com três opções na qual, deveria optar por aquela, que no seu ponto de vista reflectia a resolução mais adequada para o problema levantado. Tendo em conta a análise, das suas opções, verificou-se que H. realiza uma decisão tendo em conta o que melhor se reflecte a nível social. Posteriormente, foram discutidas as consequências positivas e negativas de cada uma das decisões seleccionadas, reforçando recorrentemente os vários passos inerentes à Ficha, bem como confirmando a sua decisão seguindo os seguintes passos: 1. *O que deverá ele fazer?* 2. *O que exige se ele assumir esse comportamento?* 3. *Quais as alternativas?* 4. *Quais as vantagens e desvantagens nesse comportamento?* 5. *Ele conseguiu tomar uma melhor decisão?*

A sessão posterior teve como principais objectivos consolidar as questões relacionadas com a intervenção psicoterapêutica abordada na sessão anterior (Treino de Resolução de Problemas), através da realização de algumas actividades. A seguir à exploração das restantes actividades e acontecimentos do fim-de-semana, passou-se à elaboração e preenchimento do Horário escolar e da calendarização de actividades de lazer bem como, o Registo de Auto-monitorização de Tarefas. Desta

forma, após o preenchimento do horário escolar, reforçou-se a questão de ser importante o H. afixá-lo no local onde realiza os trabalhos de casa, de forma a ter sempre presente as disciplinas que tem diariamente. Relativamente, ao registo de auto-monitorização das tarefas, explorou-se a forma de preenchimento e o objectivo que estaria inerente a esse registo, seria então esperado que diariamente preenchesse o registo, para que durante as sessões fosse possível verificar as dificuldades surgidas nas várias tarefas, ou trabalhos de casa vindos da escola. Após esta fase, procedeu-se à realização de uma actividade, de forma a dar continuidade ao Treino de Atenção e Concentração. Comparativamente, com os exercícios a este nível já desenvolvidos verificou-se que observou-se uma melhoria, no comportamento e atitude anteriormente assumidos. Foram conferidas igualmente algumas estratégias que ele poderia utilizar quando se sentisse irritado, tais como paragem de pensamento, contar de 1 até 10 numa situação na qual não consegue lidar. No decorrer da sessão realizada individualmente com a mãe, quando explorados os hábitos familiares, a mãe refere que o pai do H., apesar de demonstrar preocupação relativamente aos comportamentos do filho por motivos laborais, é um “pai ausente”. Mesmo o relacionamento entre o casal não se encontra muito estável. Acrescenta que é ela ou a avó paterna que apresentam maiores cuidados com os filhos, nomeadamente nas tarefas escolares e na imposição de limites. Neste sentido, após terem sido trabalhadas formas alternativas que permitissem uma maior participação do casal, tanto da figura materna como também paterna na realização de tarefas, não só em tarefas em grupo mas também nos cuidados diários em casa, principalmente por parte do pai. O importante é que sejam ambos os pais a participar no incentivo das responsabilidades por tarefas escolares e por tarefas domésticas, pois esta elevada participação revela-se como preditora de sucesso escolar e de motivação dos filhos para estudar bem como para a sua responsabilização. Perante a recolha de informação junto à mãe, podemos afirmar que H. se encontrava dependente na totalidade da figura materna, na realização das actividades de vida diária, alguns aspectos foram trabalhados junto à mãe de forma a implementar autonomia na criança, em conjunto com o chamado reforço contingente, baseado em expressão de carinho, todas as vezes que realizasse uma tarefa desejável, bem como incentivar a realização dessas tarefas por reforço verbal. Ao longo das sessões, foi dada continuidade ao estabelecimento de limites em contexto de consulta. Este procedimento é importante, dado que é através do estabelecimento de limites que as crianças aprendem a respeitar as regras e normas. No entanto, deverá ser realizado baseado no respeito às crianças, no qual o “não” seja explicado, e o “porque”, apenas seja referenciado quando realmente existir uma razão concreta para ser dito, constituindo nas mesmas a sensação de estarem a ser respeitadas e estimulando nelas a imitação do comportamento.

Após uma fase de análise das actividades desenvolvidas, procedeu-se à introdução da Técnica *Token Economy* ou Técnica de Fichas. Utilizou-se esta Técnica com o objectivo de fomentar o desenvolvimento de H. a nível da sua organização relativamente às tarefas, bem como controlar a sua impulsividade e ainda como factor de motivação extrínseca para a frequência às sessões, uma vez que

a motivação representa um factor decisivo para todo o processo de acompanhamento. Posteriormente foram discutidas e estabelecidas com H. quais seriam as suas recompensas, tendo ficado definido que para as adquirir seria necessário o acumular de pontos que corresponderiam, posteriormente, a uma actividade a desenvolver em contexto de sessão. Assim, foram utilizados pontos, que foram conferidos a H. quando este demonstrou comportamentos adequados, e retirados pontos quando ocorreram comportamentos desadequados. Para cada recompensa determinada, neste caso actividade a desenvolver em contexto de consulta, existiu um valor  $x$  de número de pontos, que teve que ser acumulado, para que a actividade fosse desenvolvida. Após a compreensão de todos os critérios, procedeu-se à realização do denominado “*Contrato de Compromisso*”, que se definiu num pequeno acordo realizado entre H. e o terapeuta, com o objectivo de levar o H. comprometer-se a colaborar com este novo método de trabalho, e evitar o *drop-out*, e a desvalorização da realização das tarefas, quer em casa quer em consulta.

**Contrato de Compromisso**

Devil, fazer parte das actividades depois de ter cumprido os seus objetivos.

Dei que não poderei realizar-me mais cedo além à certa ponto, mas eu também que tenho uma grande responsabilidade relativamente ao tipo de funcionamento, e que quanto mais me engajar no trabalho, mais facilidades conseguirei atingir nos objetivos e realizar parte e parte das actividades.

Assim, comprometo-me:

- a cumprir as regras estabelecidas;
- a participar activamente em todas as actividades;

o meu propósito comprometo-me a organizar as actividades necessárias para atingir os objetivos e a responder a dificuldades que surjam na realização das tarefas.

Web: _____

o estudante _____

o participante _____

**Lista de Prémios**

Como combinamos em EQ/PA, ao longo das sessões vais ganhar pontos que poderás trocar por prémios!

Depois tens esta lista com prémios que podes ganhar e com os pontos que valem, e podemos sempre negociar outros prémios! Agora é tens que ganhar muitos pontos para depois trocá-los pelos prémios que mais gostas.

**LEMBRA-TE QUANTO MAIS TRABALHARES MAIS PONTOS GANHARAS 😊**

- 60 PONTOS → SACO DE BALÕES
- 120 PONTOS → CANETA ESPECIAL
- 180 PONTOS → CHOCOLATE
- 240 PONTOS → MATERIAL DE EXPERIÊNCIAS QUÍMICAS
- 300 PONTOS → REALIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS QUÍMICAS
- 360 PONTOS → DIPLOMA DE SUCESSO

**Calendário de Tarefas**

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexa	Sábado	Domingo
Portuguesa	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo		
Estado do Meio							
Matemática	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo		
Outras Tarefas	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo		
TOTAL	10	10	10	10	10	0	0

**Simbolos**

- Consegui fazer o Exercício Correctamente sem Erros – Estive Atento e Concentrado
- Consegui fazer o Exercício mas cometi Erros
- Não fiz o Exercício

SEMANA: 8 - 04 - 09  
15-05-09

**Banco Pessoal**

Cole aqui os pontos que ganhaste em cada sessão


10 Pontos, 5 Pontos, 1 Ponto, 1 Ponto

10 Pontos, 5 Pontos, 1 Ponto, 1 Ponto

10 Pontos, 5 Pontos, 1 Ponto, 1 Ponto

10 Pontos, 5 Pontos, 1 Ponto, 1 Ponto

5 Pontos, 5 Pontos, 5 Pontos, 5 Pontos

Figura 26. Programa *Token Economy*: Contrato de Compromisso, Estabelecimento de Prémios com os respectivos Pontos, Registo Auto-Monitorização, Normas do Programa, Pontos.

No final da sessão, foi pedido à mãe para entrar, de forma a ser explicitada a Técnica *Token Economy*, tendo em conta o Registo de Auto-monitorização de Tarefas realizado em casa, a mãe assumisse uma atitude mais participativa no processo terapêutico.

Neste sentido, foram desenvolvidas actividades a este nível. No que concerne ao comportamento do H., verifica-se que se observa uma diferenciação, no entanto poderá justificar-se pela utilização da Técnica *Token Economy* estipulada, o que leva a considerar uma consolidação deste processo na medida a ser implementado igualmente em casa, de forma a H. aprender a controlar a sua impulsividade e a aguardar pela soma de pontuações maiores, de forma a obter as recompensas que mais lhe agradam. Relativamente ao seu desempenho nas actividades ao nível da língua portuguesa, verifica-se que apresenta capacidade de compreensão dos textos apresentados, no entanto a maior dificuldade encontra-se na ortografia, ou seja não escreve com correcção ortográfica, não aplicando de forma contínua técnicas de auto-correcção. Ao nível das operações aritméticas, é possível observar que consegue desenvolver com facilidade este tipo de raciocínio, localizando os seus maiores erros no produto final por déficit atencional. A par do acompanhamento individual junto a H., foi desenvolvido junto à mãe um acompanhamento que se baseou no Treino de Assertividade e de Práticas Parentais a dar continuidade, para tentar estruturar as práticas parentais que se revelavam inconsistentes. Foi assim trabalhado em consulta individual, como também junto à mãe, no meio familiar, recompensar o comportamento positivo: através do elogio, da descrição do comportamento e da reflexão; ignorar o comportamento impróprio e, se ocorrerem comportamentos indesejados, tentar implementar estratégias que substituam a punição (por exemplo, remoção dos privilégios). Posteriormente, foi introduzido o conceito de assertividade, sendo este definido pelo processo através do qual o indivíduo expressa sentimentos e pensamentos de forma adequada; ou seja, utiliza entoação, latência e fluência de fala apropriadas, bem como assume um comportamento em consonância. Foi explorado este conceito através de uma actividade na qual, recorrendo a imagens, e estando inerentes os três tipos de comportamento: o comportamento assertivo, não assertivo e agressivo. A realização desta tarefa foi marcada com a presença do Plano de realização das tarefas (Treino de Resolução de Problemas), o que permitiu que após ter optado por uma decisão que corresponderia ao comportamento agressivo, se discutiram as vantagens e as desvantagens da decisão de cada um dos comportamentos para que, posteriormente, chegasse à conclusão do comportamento assertivo.

No que concerne ao comportamento de H., ao longo das sessões, verificou-se que se mantém mais calmo, aspecto que poderá ser melhor explicado pela atitude assumida por parte do cuidador, segundo H. *“a minha mãe anda mais calma” (sic.)*, sendo caracterizado por aceitação das tarefas propostas, revelando também maior atenção nos pormenores, o que efectivamente evita cometer tantos erros por descuido na realização das tarefas. Relativamente ao seu desempenho nas disciplinas escolares, refere na Ficha de Avaliação em Língua Portuguesa, de Estudo do Meio e de Matemática ter obtido **BOM**.

Posteriormente, tal como estabelecido na última sessão, foi desenvolvida a actividade que corresponde à recompensa, pela acumulação de pontos através do cumprimento do decidido no Contrato de Compromisso, e na forma de trabalhar com a Técnica *Token Economy*. Durante a sessão, focalizou-se a importância de todo o esforço realizado, através dos objectivos cumpridos (reforço positivo verbal). Foram realizadas da mesma forma: o preenchimento do Banco Pessoal através do recorte e colagem dos pontos adquiridos, e o preenchimento da Ficha Final.

Posteriormente, foram desenvolvidas actividades que tiveram como objectivo aumentar a percepção pessoal de controlo (internalidade do comportamento). Estas actividades basearam-se perante um texto, proceder à identificação das duas frases que apresentavam três palavras em comum (*e.g.*, de, para). Posteriormente foi-lhe questionado acerca da técnica utilizada para resolução da tarefa (internalidade do comportamento), tendo sido referida por H. que tentou orientar-se pela indicação do dedo no texto, e posteriormente na eliminação daquelas que não faziam parte do pedido. Em ambas as sessões, as actividades supramencionadas requeriam a escrita das resoluções encontradas por H. O seguimento das sessões baseou-se na realização de tarefas que implicaram desenvolver o vocabulário em termos de compreensão e expressão, aprender a analisá-lo e a observar como as palavras se relacionam para chegar a uma boa compreensão da realidade e expressão do pensamento. Com a realização destas actividades, pretendeu-se incrementar a capacidade verbal aumentando o vocabulário, tornando a expressão mais precisa, melhorando a compreensão e desenvolvendo o raciocínio. Desenvolveu-se as seguintes actividades. A primeira pretendeu desenvolver o conhecimento dos sinónimos, de forma a enriquecer o vocabulário de H. e aumentar a compreensão verbal. Foi pretendido que H. verificasse que quando numa frase se substitui uma palavra por um sinónimo da mesma, esta não altera o sentido da frase. Por último, dentro da exploração do raciocínio verbal, desenvolveram-se actividades nas quais o pretendido seria a classificação das palavras (*e.g.*, característica importante: animais, meios de transporte, metais, *etc.*). Para além destas actividades, em cada uma das sessões desenvolvidas, solicitou-se a H. a resolução de operações aritméticas simples e complexas, envolvendo igualmente problemas, bem como na escrita. Para finalizar as referidas sessões, desenvolveu-se uma actividade de pintura, de forma a trabalhar a motricidade fina e novamente o controlo da impulsividade.

Tendo em conta o acumular de pontos, relativos ao *Token Economy*, na sessão anterior ficou a recompensa que seria a utilização dum jogo no computador do terapeuta. No final da sessão, foi discutido em conjunto o estado actual do paciente, a sua evolução e as possíveis áreas passíveis de intervenção. Por motivos de cessação de estágio, o processo psicoterapêutico foi interrompido, tendo sido referido a importância da continuidade deste processo junto ao H.

Não se procedeu ao desenvolvimento de estratégias de prevenção da recaída, uma vez que este caso apresenta indicações para continuação do processo terapêutico. Desta forma, deverá ser acompanhado por outro técnico depois da devida passagem terapêutica.

## **INTEGRAÇÃO DIAGNÓSTICA**

Tendo em consideração os princípios e as técnicas que constituíram a intervenção realizada, principalmente o princípio de estabelecimento de limites e regras a nível contingencial, bem como todo o conhecimento das práticas parentais, é possível levantar a hipótese de que alguns dos comportamentos desadequados assumidos pelo H. terem sido condicionados, em grande parte, pelas práticas educativas assumidas pelos pais, e neste caso específico, pela mãe. Ao realizar uma breve análise global das contingências que actuavam sobre o comportamento de H., e após implementação de técnicas comportamentais e desenvolvimento destas no ambiente familiar, bem como do envolvimento activo da mãe no processo de intervenção, verificou-se que foi possível ensinar de certo modo H. a aceitar e cumprir as regras e limites de forma mais adaptativa, permitindo o aumento substancial da responsabilidade, dos comportamentos adequados perante determinadas situações, do diálogo, da assertividade na forma de se dirigir a terceiros e de uma maior resiliência perante situações de negação ou de frustração.

A nível familiar verificou-se que existia uma estimulação de comportamentos através de uma disciplina inconsistente, insuficiente interacção positiva e monitorização das actividades da criança. Os pais não assumiam um comportamento contingente na utilização do reforço positivo, ignoravam ou respondiam perante os comportamentos desadequados de forma inapropriada (principalmente atitude assumida pela figura materna), sendo utilizadas punições desadequadas que contribuían para o aumento da frequência e duração do comportamento desadequado. Neste sentido, foi possível desenvolver junto à mãe práticas educativas, mais adaptativas através da compreensão da importância que os comportamentos dos agentes educativos assumem na interferência e na manutenção de um relacionamento positivo, por exemplo entre a relação mãe-filho, bem como o desenvolvimento de uma atitude assertiva nessa mesma manutenção. Portanto, para além da promoção de práticas educativas mais efectivas, e consequentemente do desenvolvimento de relacionamento mãe-filho mais adaptado, foi necessário o desenvolvimento de estratégias educativas, as quais apresentaram como prioridade, a expressão de uma opinião por parte do agente educativo; a sinalização do comportamento desadequado junto à criança, explicitando o que sentia face ao comportamento assumido por esta, e sugestão simultânea de alternativas para um comportamento mais adequado.

## **SUGESTÃO TERAPÊUTICA**

De acordo com o trabalho desenvolvido até ao momento, conclui-se que seria importante a continuidade do acompanhamento, a nível individual junto ao paciente, como também junto ao agente educativo (mãe), de forma a consolidar as técnicas e procedimentos desenvolvidos de forma a existir uma maior integração e prática. Em termos de prognóstico, tendo em conta a avaliação realizada e o acompanhamento, no caso de existir uma continuidade dos procedimentos adoptados durante a intervenção, para o ambiente familiar, e principalmente assumidos por ambos os pais, prevê-se uma boa evolução, no sentido do aumento da responsabilização por parte do H., caso contrário este poderá

readquirir novamente determinados comportamentos desadequados, sendo este o motivo pelo qual se iniciou o presente acompanhamento. Neste contexto, em que o estudo das práticas parentais se revelou uma importante estratégia de intervenção para os comportamentos desadequados assumidos pela criança, e por vezes desde muito cedo ao nível do seu desenvolvimento, o desenvolvimento deste tipo de actuação junto aos agentes educativos, considerando como medida preventiva e não interventiva, seria uma forma de prevenção do desenvolvimento dos problemas e perturbações comportamentais, psicológicos e cognitivos, que acabam por fomentar outros aspectos tais como, insucesso escolar, problemática entre pares, *etc.*

## CASO Nº 3

### Identificação Sumária

**Nome:** V.J. **Sexo:** Feminino **Idade:** 18 anos **Estado Civil:** Solteira **Escolaridade:** 10º ano (Serviços Jurídicos) **Profissão:** Estudante **Residência:** Covilhã **Número de sessões:** 19 Sessões **Motivo da Avaliação e de Acompanhamento:** paciente é enviada pelo serviço de Neurologia para avaliação de Dislexia e desenvolvimento sócio-afectivo. De acordo com os resultados obtidos na avaliação intelectual, fomos da opinião que a V. beneficiaria de um acompanhamento psicoterapêutico, bem como de desenvolvimento de estratégias que lhe permitam aumentar as suas capacidades de resolução de problemas, e desenvolvimento cognitivo como um todo.

### **OBJECTIVOS DE INTERVENÇÃO:**

1. Estabelecimento da relação terapêutica
2. Iniciação à Avaliação Intelectual
3. Promover níveis de atenção e concentração mais elevados
4. Trabalhar competências relacionadas com o estudo e aprendizagem
5. Programa de Desenvolvimento Cognitivo (por exemplo, de Leandro de Almeida) de forma a fomentar um pensamento divergente (ao invés do convergente)
6. Estado humor – processo psicoterapêutico com vista a melhorar o seu estado emocional e auto-estima
7. Assertividade, e a sua relevância para alcançar equilibradamente as suas metas
8. Auto-eficácia, que regula o comportamento da V. e determina as tarefas que escolhe, bem como o seu esforço e persistência na realização das mesmas
9. Treino de Habilidades Sociais, de modo a desenvolver competências para lidar com as situações/relações interpessoais.
10. Treino de Resolução de Problemas
11. Treino de Atenção e Concentração bem como, ênfase na importância de reduzir e/ou eliminar estímulos distractores no seu local de estudo
12. Promover melhores competências ao nível da escrita e da leitura
13. Desenvolvimento da leitura – escrita (*e.g.* assinalar a palavra correcta, recordar os “casos especiais” de leitura, completar espaços com palavras, ler frases e compreender o sentido, separar palavras e ler as frases, *etc.*)
14. Revisão dos Ganhos Terapêuticos e das estratégias/técnicas desenvolvidas
15. Estabelecimento do desmame terapêutico
16. Marcação de consultas de Follow-up

### INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A sessão inicial é dedicada fundamentalmente à recolha de informação clínica sobre a paciente e início do processo de avaliação intelectual. Surge acompanhada pela mãe que constitui a principal fonte de informação, denotando-se uma grande dedicação e empenho no acompanhamento escolar e pessoal da paciente. A paciente encontra-se orientada espaço-temporalmente, com uma atitude colaborativa durante todo o processo de avaliação e acompanhamento psicoterapêutico. A nível do

estado de humor, apresenta um estado de humor embotado e fâcias triste. Não obstante, a sua ligeira capacidade em se expressar verbalmente e de realizar as tarefas propostas, apresenta lentificação na abordagem das mesmas, demonstrando ainda níveis notórios de ansiedade, insegurança e desmotivação face aos processos avaliativos no geral. Assim, a paciente apresenta-se à situação de avaliação queixando-se de dificuldades de concentração, dificuldade de compreensão de textos escritos bem como de discurso académico estruturado (e.g. “*tenho dificuldade em estar atenta e em compreender o que os professores dizem durante as aulas*”). Refere ainda apresentar esquecimentos para situações quotidianas que classifica de pequena monta (e.g. conversas com colegas, temáticas abordadas nas aulas, etc.), sem apresentar compromisso mnésico para exigências e compromissos de elevada responsabilidade. Realizou-se avaliação intelectual, com a prova tradicional de Avaliação da Inteligência (vulgo QI, ou Quociente de Inteligência), tendo em consideração a sua faixa etária e género sexual. Decorrente da análise aos dados, verifica-se que a paciente apresenta um **desempenho cognitivo encontra-se ligeiramente inferior aos níveis considerados normativos**, déficits nos mecanismos atencionais e uma abordagem impulsiva às tarefas o que gera desempenhos erráticos. Apresenta ainda um pensamento concreto e pouco elaborado (pensamento não divergente). Todavia, tais resultados verificam-se fortemente deficitários quando se avalia o seu desempenho em tarefas mais próximas da realidade académica vivenciada no seu quotidiano. Em tais situações, o seu desempenho apresenta-se como desorganizado, caracterizado por erros frequentes (seja ao nível de cálculos aritméticos, seja ao nível dos processos intelectuais), sendo este desempenho sustentado por pensamento bradifrénico, padrão inatencional e errático na abordagem das tarefas. Tais dificuldades apresentam sustentação em história de **Perturbação Depressiva ligeira**, e subsequente prejuízo significativo no desempenho académico esperado.

Após estas sessões iniciais procedeu-se ao feedback dos resultados de avaliação da Inteligência e sugestão de acompanhamento, não só a nível de treino de atenção e concentração, mas também no fomento de um pensamento divergente, apoio psico-educativo, processo psicoterapêutico com vista a melhorar o seu estado emocional e auto-estima, práticas de Assertividade e treino de habilidades sociais. Então, desenvolveu-se a explicitação do racional teórico subjacente ao treino de atenção e concentração e os benefícios a recolher através da generalização das estratégias aprendidas para o contexto escolar e diário; e, para além destas questões pedagógicas e académicas, explicou-se também a importância de desenvolver um acompanhamento psicoterapêutico relativamente à esfera emocional/pessoal e interpessoal na medida em que, permite à paciente ter controlo sobre si mesmo, ser menos submissa e mais expressiva (ou menos agressiva e hostil), e, resulta na capacidade de influenciar a maneira como os outros se comportam em relação a si, principalmente quando esses a ofendem. Isto desenvolve assim, confiança na V. e permite assegurar que essas aptidões sejam assimiladas e tornem-se parte do seu reportório comportamental. Assim, inicialmente foi solicitado à paciente para passar a fazer um registo diário (como se funcionasse com um Diário onde se regista

tudo o que nós queremos) daquelas situações que contribuíram para um estado de maior ou menor alegria e/ou tristeza, e vice-versa. Um elemento importante consistiu em ensinar a paciente a encarar/utilizar melhor os acontecimentos da sua vida que são *stressantes*, de forma a analisar a situação e adoptar uma atitude mais racional e adequada. Neste sentido, e tendo em consideração as queixas apresentadas inicialmente pela paciente (particularmente os conflitos existentes entre Pares na escola e relações interpessoais desadequadas) procedeu-se ao desenvolvimento do *Treino de Aptidões Sociais*, onde se ensinou a auto-afirmação e comportamentos básicos para a paciente para adoptar em situações sociais de relação interpessoal. Este tipo de intervenção é fundamental na medida em que, as funções psicossociais dos adolescentes deprimidos podem permanecer prejudicadas por longos períodos, mesmo após a remissão do episódio depressivo. De forma a ser possível uma melhor compreensão da aplicabilidade desta técnica e sua importância realizou-se exercícios práticos de modelagem e a encenação de papéis para também ajudar no estabelecimento de aptidões de resolução de problemas. Em sessões posteriores, realizaram-se alguns exercícios para ultrapassar as dificuldades de interpretação a nível escolar da paciente, através de provérbios populares e histórias para retirar significados. Foram ainda trabalhadas algumas estratégias a implementar para fomentar a memória. Introdução a alguns aspectos relacionados com o estudo: a importância de estudar em casa, realizar apontamentos e consultar manuais e não apenas o assistir às aulas; estudar para todas as disciplinas e não apenas aquelas que gostamos; estudar ao longo dos dias e não apenas nas vésperas dos testes; estudar o conteúdo seguinte quando o precedente está bem adquirido, *etc.* Continuação do processo de estimulação cognitiva, onde foram ainda trabalhados alguns aspectos práticos relacionados com o planeamento e organização do estudo (como se deve estudar, em que condições, *etc.*) e a atenção. Quanto ao planear e organizar o estudo foi sugerido à paciente que não se deve estudar muitas horas seguidas antes dos testes dado que a capacidade de concentração e memorização para organizar a informação estudada está mais sobrecarregada. É importante o estabelecimento de horários de estudos adequados, uma vez que a organização e tempo de revisão das matérias é superior. Definir um horário semanal onde é colocada as horas de estudo para determinada disciplina, bem como para os momentos de lazer. Quanto ao local de estudo, foi sugerido que este fosse realizado num local com poucos estímulos distractores e onde se sentisse bem e motivado.

No que diz respeito à manutenção da atenção foi sugerido determinar-se um local destinado exclusivamente ao estudo, que seja confortável e com boa iluminação. Antes de se iniciar o estudo, todo o material necessário deve ser reunido. Tudo o que seja susceptível de distrair deve ser retirado. Para além disso, foi abordado na sessão aspectos relacionados com a compreensão e retenção do que lê, procurando assim otimizar o estudo realizado pela paciente.

Foi explicado e exemplificado à paciente que existem três formas de leituras: leitura na diagonal, crítica ou estética. Seguidamente, foram abordados alguns aspectos relacionados com: como fomentar

uma leitura eficaz; como identificar as ideias principais, organizá-las e relacioná-las com anteriores; como colocar notas na margem do texto e para quê. À medida que estes tópicos foram apresentados iam sendo realizados exercícios práticos. Deu-se início ao treino de atenção e concentração, e a paciente abordou as tarefas mais pausadamente e não de forma impulsiva. Este comportamento foi reforçado pelo técnico, enfatizando nas vantagens que daí decorrem. Numa segunda parte da sessão foram abordados dois aspectos importantes no estudo: clarificar e sublinhar. A paciente foi primeiramente questionada sobre o significado de cada um e realizado simultaneamente exercícios. A análise dos mesmos sugere que este revela mais dificuldades no sublinhar, destacando informação repetida, não sublinha os principais conceitos, entre outros aspectos. Tendo por base isto, foram sugeridas outras estratégias que poderiam ser eficazes para a paciente, a qual reconheceu serem úteis. Toda e qualquer estratégia apresentada foi sugerida como sendo mais uma das estratégias que o podem apoiar no estudo e não como uma obrigação a implementar.

Com base nesta informação, foi realizada a ponte com o estudo escolar, explicando-lhe que um estudo eficaz deve ser realizado por períodos temporais breves (e.g. 30 a 40 minutos), com vários intervalos, permitindo assim retomar níveis elevados de atenção. Por outro lado, explicou-se que um estudo estruturado e atempado é bastante mais eficaz que um estudo de véspera (de teste), horas antes de um teste e realizado sem intervalos, permitindo uma melhor organização da informação e consequentemente, melhor reevocação.

Para trabalho de casa para férias, foi sugerido à paciente a recapitulação de conteúdos programáticos das disciplinas que apresenta mais dificuldade, no sentido de melhor prepará-la para a assimilação de nova informação a ser dada pelo professor.

#### **INTEGRAÇÃO DIAGNÓSTICA**

Consequentemente, a V. apresenta sentimentos de auto-confiança, reacções positivas por parte dos outros, e reduziu significativamente a ansiedade em situações sociais, pois desenvolveu uma comunicação interpessoal mais correcta e adequada, bem com reduziu os sintomas somáticos e psicossomáticos associados. Durante as semanas de acompanhamento, o paciente revela mais competências ao nível da focalização da atenção.

Dada a cessação do estágio curricular e aproximação do período de férias, o caso encontra-se em situação de paragem.

#### **SUGESTÃO TERAPÊUTICA**

Tendo em consideração o tipo de acompanhamento desenvolvido para e junto à paciente, baseado em três vertentes – esfera emocional, promoção cognitiva e treino de leitura e escrita (tendo em consideração o Diagnóstico de Dislexia) – seria fundamental dar continuidade aos objectivos inicialmente propostos para a paciente, já que nestes casos e principalmente com o Diagnóstico de Dislexia, 6 meses de acompanhamento é redutor para promover uma mudança consistente e colmatar dificuldades do contexto escolar.

Ao nível das sessões de Reabilitação Neuropsicológica torna-se importante esclarecer primeiramente que, embora seja apresentado somente 1 Caso Clínico dentro do vasto leque de utentes atendidos, os Programas Terapêuticos delineados foram compostos pelas próprias idiossincrasias de cada paciente bem como, por objectivos clínicos comuns face a um processo de Reabilitação Neuropsicológica. Neste sentido, se expuséssemos os vários casos clínicos acompanhados era possível verificar que todos eles seguem a mesma linha de orientação de acordo com o que é pretendido com um programa de estimulação e reabilitação neuropsicológica (como se pode observar pela análise da informação sintetizada no quadro seguinte).

Exercícios de Estimulação e Reabilitação Neuropsicológica	Material e Tarefas a realizar	Objectivos terapêuticos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ REHACOM</li> <li>✧ Material em formato papel</li> <li>✧ Imagens em cartão</li> <li>✧ Objectos de vida diária (e.g. escova do cabelo, escova e pasta dos dentes, etc.)</li> <li>✧ Agendas, diários, alarme de relógios, <i>post-its</i>, etiquetar armários, portas, cabides</li> <li>✧ Nomeação de objectos desenhados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Compensar o déficit com estratégias que adaptem a pessoa ao seu funcionamento diário.</li> <li>✓ Com associações mnemotécnicas apoiar os processos de memória preservados</li> <li>✓ Ensinar o paciente alternativas/estratégias para lidar com o fluxo diário de informação (e.g. lembretes) em vez de tentar aumentar a capacidade de processamento da informação (e.g. memória em geral)</li> <li>✓ Diminuir a presença de estímulos distractores no ambiente</li> <li>✓ Encorajar o paciente a fazer questões quando este não compreender as instruções</li> <li>✓ Usar uma planificação com as tarefas a realizar</li> <li>✓ Recorrer a pistas ambientais (e.g. blocos de notas, despertadores, etc.)</li> <li>✓ Repetir as tarefas até serem concretizadas bem</li> <li>✓ Evitar actividades que exijam a atenção dividida, quer em termos de estímulos como respostas</li> <li>✓ Planear pequenas pausas e realizar actividades curtas</li> <li>✓ Alternar actividades de diferentes graus de interesse</li> <li>✓ Pedir para o utente repetir a instrução dada</li> </ul>

### CASO Nº 1

#### Identificação Sumária

**Nome:** A.B.J. **Sexo:** Feminino **Idade:** 57anos **Estado Civil:** Casada **Profissão:** Doméstica (ex.operária fabril)  
**Residência:** Covilhã **Número de sessões:** 9 Sessões **Motivo de Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica:** a paciente apresenta diagnóstico de demência vascular e é enviada à consulta para iniciação do processo de estimulação neuropsicológica.

#### OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

1. Estimulação de funções ainda satisfatoriamente mantidas
2. Identificação e treino na sessão de estratégias compensatórias (para ultrapassar algumas dificuldades quotidianas)
3. Fomentar níveis de auto-estima e auto-eficácia mais elevados
4. Apoio no processo de adaptação às dificuldades e compreensão da problemática subjacente
5. Estimular maior autonomização no quotidiano

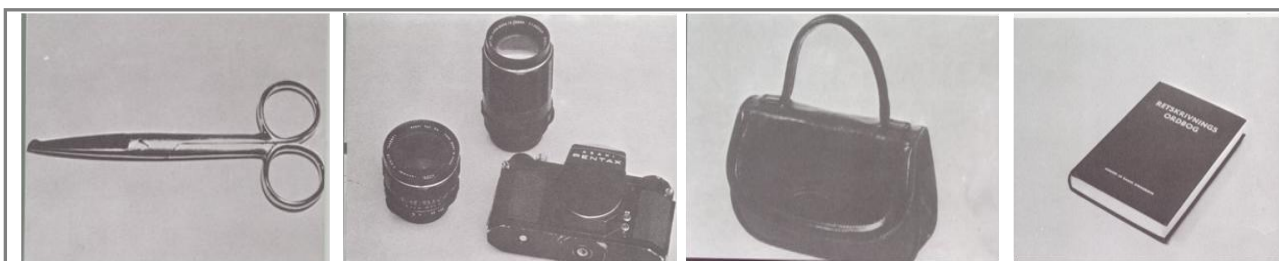
Como em qualquer processo terapêutico as primeiras sessões destinaram-se à recolha de informação clínica acerca da paciente com ênfase nas principais dificuldades enunciadas pela mesma. A paciente foi bastante colaborativa, embora em alguns momentos mostrasse-se cabisbaixa e tristeza pelos seus déficits. Destaque-se o facto de em situações nas quais não sabe a resposta, mesmo relativa a aspectos pessoais e familiares, questiona o marido sobre a resposta. Como principais dificuldade do ponto de vista funcional refere a dificuldade agravada em não conseguir memorizar; e, esta dificuldade

repercute-se no seu trabalho doméstico pois comete erros, esquece-se do que lhe pedem, não coloca papéis e objectos importantes no sitio adequado (desorganização), esquece-se das chaves de casa, até da sua própria carteira. Todavia, a paciente iniciou o processo de estimulação neuropsicológica através do treino atenção/concentração, embora fosse desenvolvido de uma forma muito lenta devido à extrema lentificação da paciente (e.g. denota-se indecisão, não consegue repetir a instrução referida ao longo de vários ensaios) (Figura 27). Mediante a apresentação de um estímulo modelo, a paciente teria que seleccionar de um conjunto de estímulos aquele que partilhasse exactamente as mesmas características.



**Figura 27.** Treino de Atenção e Concentração - REHACOM

Em sessões posteriores iniciou-se o treino de reconhecimento visual de objectos através de imagens em cartões da *Luria Nebraska Neuropsychological Investigation* (Figura 28), em que a paciente teria que nomear os objectos.



**Figura 28.** Nomeação de Objectos impressos – Cartões da *Luria Nebraska Neuropsychological Investigation*

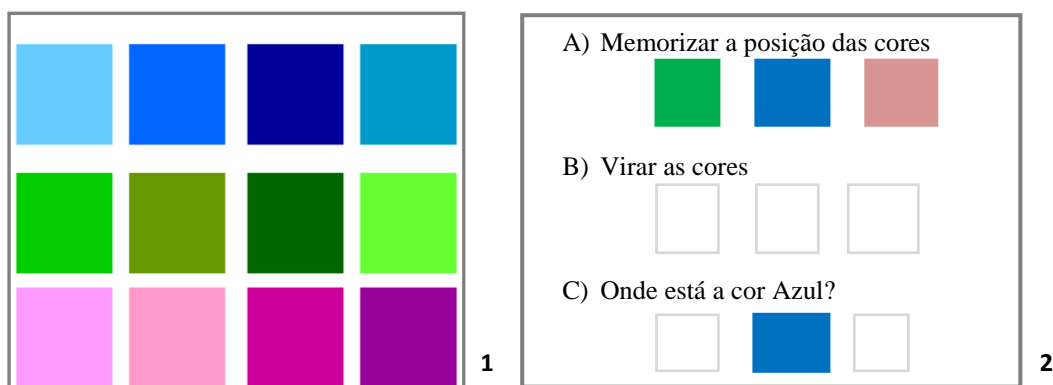
Numa tentativa de aproximação a estímulos quotidianos, foi pedido à paciente para identificar notas e moedas (Figura 29), cuja capacidade de manuseamento (simulação de pagamento de compras, receber e dar troco, etc.) se evidenciou nula.



**Figura 29.** Identificação e manuseamento do dinheiro em simulação de situações de pagamento - Compras

Foram explorados conteúdos relacionados com a memória a longo prazo (e.g. “com que idade casou? Como se conheceram?” etc.) e episódica (e.g. “como correu o fim de semana? O que fizeram?”). De

seguida, foi iniciado um treino de percepção e memória visual, através do emparelhamento de imagens e identificação de imagem num conjunto de 4 ou 6 (*e.g.* num grupo de 6 imagens apontar para o desenho da folha castanha). Foram dadas sugestões práticas para fomentar a orientação temporal, por exemplo, uso de um relógio, colocação num sítio com boa visibilidade um calendário, *etc.* Posteriormente, em outra sessão, foram explorados aspectos emocionais quotidianos (*e.g.* como se tem sentido, como tem lidado com as dificuldades, *etc.*) e foram re-enfatizadas estratégias práticas para diminuir as dificuldades de memória como a utilização de relógio e a agenda ou bloco de notas. Foi colocada ênfase nas vantagens e benefícios da sua utilização (*e.g.* o que melhoraria na sua vida se utilizasse). Por sua vez, foi sugerido á paciente começar a registar na agenda tarefas e compromissos a implementar no dia-a-dia, bem como forma de autonomizar-se em relação ao marido como por exemplo, deixar um papel na porta de casa a dizer para levar as chaves e a carteira; em tarefas como a ida às compras, apoiar o marido indo buscar produtos que se encontram em prateleiras próximas. Foram ainda realizados exercícios de identificação e agrupamento de cores similares (Figura 30), bem como treino de memória topológica para cores. Nesta última tarefa, a paciente teria que memorizar a posição espacial de três cores que posteriormente deveria indicar mediante indicação verbal do técnico. O seu desempenho encontra-se mais deficitário nesta última, apresentando poucos desempenhos correctos.



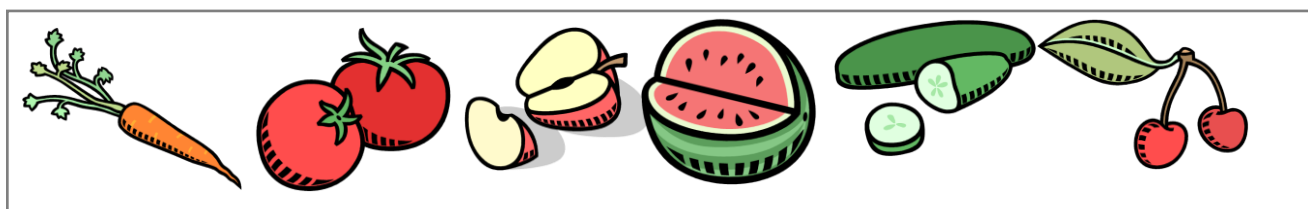
**Figura 30.** Identificação e Emparelhamento de Cores (1); Exercício de Memória Topológica com cores (2)

De igual modo, foram apresentadas tarefas para concretizar em casa no sentido de estimular algumas funções como a leitura, capacidade de evocação da informação, escrita, atenção mantida, memória a longo prazo, *etc.*, em formato de fichas de trabalho. Na sessão foram lidas as actividades a concretizar em casa, bem como explicitadas as dúvidas. Para evitar que a paciente se esquecesse de realizar os exercícios em casa foi escrito na agenda o que tinha que concretizar em sua casa.

Dada a desorientação temporal ao nível do dia da semana e mês, foram realizados alguns exercícios de orientação (*e.g.* conferindo pistas verbais como por exemplo, se no sábado foi X que dia será hoje?). Seguidamente fomentou-se algumas capacidades de organização espacial, através da realização de um labirinto. Embora a paciente compreenda a instrução dada, revela acentuada dificuldade em implementá-la, nomeadamente, ao nível da pré-programação da tarefa.

Prosseguiu-se a exercícios de leitura de textos bem como de resposta a questões colocadas sobre o mesmo. Em relação ao primeiro tipo de tarefa, a paciente realiza de forma ligeiramente satisfatória (cometendo alguns erros e perdendo-se no trilho verbal); todavia, é incapaz de evocar espontaneamente toda a história ou parte da mesma, necessitando de pistas verbais em forma de questão para interligar os acontecimentos (*e.g.* e porque é que não gostavam do rei?).

Nas sessões seguintes ainda se realizaram alguns exercícios em que a paciente era confrontada com linhas em tracejado ou números em disposição espacial aleatória que teria que unir, bem como completar uma imagem (*e.g.* desenhar janelas numa casa) tendo em conta uma outra imagem completa. A paciente realiza acentuada dificuldade em realizar a tarefa sem apoio do técnico. Estes dados sugerem mais uma vez a manutenção das dificuldades da paciente em concretizar um conjunto de tarefas planeadas mentalmente (pré-programação), apesar de recapitulação constante da instrução. Realizou-se posteriormente treino de memória verbal e visual imediata. Neste treino, a paciente era confrontada com várias categorias de alimentos (frutas, vegetais) e com uma frase acerca de alguns alimentos que teria que memorizar. A título exemplificativo, era verbalizado pelo técnico o seguinte: “imagine que vai ao supermercado e quer fazer uma salada de frutas com maçã, melancia e cerejas”. De seguida, a paciente era convidada a memorizar a informação e a seleccionar as imagens respectivas bem como nomear os legumes e frutos que observava (paralelamente abordaram-se aspectos da memória relativa a questões quotidianas, por exemplo, após a apresentação de uma imagem de batatas era questionado se havia ingerido aquele alimento ao almoço, se tinha esse e outros legumes em casa, *etc.*) (Figura 31).



**Figura 31.** Nomeação de legumes e frutos bem como, simulação de confecção de refeições

Habitualmente, é capaz de memorizar correctamente dois de quatro alimentos apresentados verbalmente. Mesmo indicando qual a categoria no qual não foi referida o alimento, a paciente revela acentuadas dificuldades em identificar a imagem correcta, indicando com frequência outras imagens de ensaios anteriores. O processo de identificação das imagens iniciais parece constituir em si um processo de interferência para as seguintes, diminuindo desta forma o seu desempenho.

### **INTEGRAÇÃO DIAGNÓSTICA**

Tendo em consideração todas as dificuldades e exercícios apresentados, verifica-se que, de facto, a paciente apresenta acentuadas dificuldades em, a partir de uma instrução, implementar autonomamente a tarefa e ir regulando o seu desempenho, necessitando por isso de constante supervisão do técnico. Para além disto, é notável na paciente a exacerbação de estados ansiogénicos, uma vez que reconhece as suas próprias dificuldades.

## **SUGESTÃO TERAPÊUTICA**

A paciente revela dificuldades na memória e outras funções cognitivas, sugestivas da presença de um processo demencial.

Dada a cessação do estágio curricular o caso encontra-se em situação de passagem para novos técnicos que irão acompanhá-la futuramente.

# **COMPONENTE 3**

## **Competências de Investigação: Avaliação das Funções Cognitivas, do Humor e Qualidade de Vida na Epilepsia**

---

## **JUSTIFICAÇÃO DO TRABALHO**

A Epilepsia, como uma doença crónica do sistema nervoso, influencia o comportamento, a aprendizagem, implica restrições sociais, comporta obrigações e responsabilidades, bem como uma incerteza face ao futuro. Trata-se de uma situação que está condicionada por diversos factores clínicos, psicológicos e sociais, que serão todos exaustivamente abordados neste estudo. Todavia, importa ressaltar, aqui, algumas questões que se prendem com o contexto psicológico e social que, de facto, são factores intrínsecos a esta patologia (e que são muitas vezes minimizados) sendo fundamental explorá-los para assim delinear uma intervenção clínica, a mais adequada possível às necessidades dos pacientes. Neste sentido, as implicações psicológicas centram-se em duas questões fundamentais: “*quais são os sintomas psicológicos da epilepsia?*” e “*como vive a pessoa com a sua epilepsia, e de que forma esta vivência repercute na sua personalidade e comportamento?*”. Por sua vez, as implicações sociais também desempenham uma dupla função: “*quais são as restrições sociais que comporta a epilepsia como doença?*” e “*como responde a sociedade face ao enfermo?*”. Torna-se evidente, portanto, a complexidade do tema; todavia, complica-se mais se tomarmos em consideração a variedade de síndromas epiléticos idiopáticos ou criptogénicos e epilepsias secundárias que se desenvolvem nos vários pacientes.

Como estagiária do Serviço de Neurologia, nomeadamente das consultas de Neuropsicologia, tenho a oportunidade de contactar diariamente com diversos pacientes de diferentes patologias neurológicas, psiquiátricas, entre outras. Neste sentido, e ao revermos a literatura atentamente deparamo-nos com o sucessivo comentário acerca da carência de estudos que explorem aprofundadamente as manifestações psicológicas da Epilepsia, daí a necessidade e a tentativa deste estudo analisar e avaliar as várias dimensões que influenciam directamente a Epilepsia e o doente Epiléptico, particularmente as suas principais características, as alterações cognitivas subjacentes, a sintomatologia depressiva presente, o estigma social inerente e, por sua vez, a qualidade de vida.

Com base em tudo o que foi referido, podemos expressar o desejo e a intenção que este estudo seja abrangente, ecológico e especializado para os pacientes com Epilepsia, já que existe a necessidade que se desenvolvam programas de intervenção por forma a que se possam avaliar os procedimentos de avaliação em comparação com os resultados de intervenções neuropsicológicas neste tipo de pacientes.

A Epilepsia consiste numa doença primariamente de causa neurológica, de etiologia variada, que se manifesta por crises epilépticas recorrentes (pressupõe, portanto, a ocorrência de duas ou mais crises) e pela presença de determinada actividade paroxística correlacionada com mudanças desorganizadas na actividade neuronal do córtex cerebral (Marchetti & Kurcgant, 2001; Betting, Kobayashi, Montenegro, Min, Cendes, *et al.*, 2003; Silva & Cavalheiro, 2004; Ardila, 2005). Neste sentido, por crise epiléptica entende-se um fenómeno paroxístico, intermitente, não provocado, de causa primária ou secundariamente encefálica, causado por uma descarga síncrona, anormal e excessiva, de um determinado contingente neuronal do córtex cerebral (Santo, Maineri & Portuguez, 2004; Victoria, Bazaldúa, Granados & Idrovo, 2005). Neste sentido, pode-se manifestar por perturbações da consciência, alterações motoras, sensitivo-sensoriais ou psíquicas. Torna-se possível verificar estas características através do registo electroencefalográfico (EEG) crítico, isto é, quando realizado durante uma crise (Artigas, 1999; Yacubian, 2002; Santo, Maineri & Portuguez, 2004; Pimentel, 2006). As manifestações são bastante variadas e dependem principalmente da localização das descargas eléctricas sobre o cérebro, tanto aquelas de onde se originaram quanto àquelas para as quais se estenderam. Dentro destas manifestações podemos encontrar sinais motores, experiências psíquicas, distúrbios autonómicos e fenómenos neurológicos negativos (tais como a perda de voz e tónus muscular) (Santo, Maineri & Portuguez, 2004). A epilepsia é uma patologia cujas manifestações são intermitentes e variadas, embora apresente uma única característica em comum: o seu carácter paroxístico (Manga & Fournier, 1997; Marchetti & Kurcgant, 2001; Pimentel, 2006). Torna-se fundamental definir alguns conceitos para compreendê-los de forma apropriada, particularmente *crise*, *epilepsia*, *ictus epiléptico* e *status epiléptico*. Neste sentido, define-se **Crise** como uma descarga repentina e excessiva de um conjunto de neurónios do cérebro; como consequência da tal descarga podem surgir alterações na consciência, na actividade sensorial e na motricidade. Relativamente a **Epilepsia**, expressa a presença de crises recorrentes. De modo intermitente, portanto, podem aparecer quadros mórbidos, de modo súbito e violento (como produzidos por um golpe), cada um dos quais é um **ictus epiléptico**. Denomina-se *ictal* ao mesmo facto de uma crise ou ictus epiléptico, e *interictal* ao período de tempo entre as crises (Manga & Fournier, 1997). Como já referido, a crise epiléptica é definida como a manifestação excessiva e/ou hiper síncrona resultante da actividade epiléptica, usualmente auto-limitada de neurónios cerebrais. Quando estas não apresentam um curso auto-limitado são denominadas crises contínuas e configuram o quadro de *status epiléptico*. O **status epiléptico** é definido com uma crise duradoura, que não mostra sinais clínicos de interrupção após o tempo habitual da maioria das crises daquele tipo na maioria dos pacientes, ou ainda a ocorrência de crises recorrentes sem que a função do sistema nervoso central retorne ao período interictal (Artigas, 1999; Yacubian, 2002). As crises epilépticas cursam com graus

diferentes de envolvimento muscular. A nível motor ocorre um aumento ou diminuição da contracção muscular, o que define um fenómeno positivo e negativo, respectivamente. O aumento da contracção muscular pode ser do tipo *tónico* (significando contracção muscular mantida com duração de poucos segundos a minutos), *clónico* (no qual cada contracção muscular é seguida de relaxamento, originando abalos musculares sucessivos) ou *mioclónicos* (contracções musculares muito breves, semelhantes a choques) (Yacubian, 2002). Dependendo da etiologia torna-se possível distinguir dois tipos de Epilepsia: **Epilepsia Primária** e **Epilepsia Secundária**. Relativamente à **Epilepsia Primária** ou **Idiopática** (de causa desconhecida), surge de forma espontânea sem que exista uma lesão estrutural no sistema nervoso, provavelmente relacionadas com a predisposição genética; neste sentido, a causa é desconhecida embora se suponha a existência de factores de tipo genético (Manga & Fournier; 1997; Yacubian, 2002; Silva & Cavalheiro, 2004; Ardila, 2005). De acordo com Dreifuss (1990 *cit. in* Manga & Fournier; 1997), o desenvolvimento geralmente procede-se com normalidade, não existe patologia subjacente demonstrável, as crises (frequentemente familiares) tendem a ser relativamente auto-limitadas e a responder à medicação, e o EEG somente mostra uma actividade de fundo interictal normal (Manga & Fournier; 1997). A **Epilepsia Secundária** ou **Sintomática** está associada à patologia cerebral subjacente que provoca anormalidades no desenvolvimento na função neurológica; a actividade do fundo interictal é anormal ou lenta, é variável da reposta à medicação, com probabilidade diminuta de resolução espontânea (Manga & Fournier; 1997; Pimentel, 2006); de igual modo, é desencadeada por uma infecção, um tumor, uma malformação ou alguma outra condição neurológica que desenvolve no cérebro um foco epileptógeno, capaz de apresentar uma actividade eléctrica anómala, tal como referido. Neste tipo de Epilepsia torna-se possível determinar a origem das convulsões, e a forma de manifestação correlaciona-se com a localização específica do foco patológico (Yacubian, 2002; Silva & Cavalheiro, 2004; Ardila, 2005).

---

## CLASSIFICAÇÃO

Torna-se possível classificar a Epilepsia quer pela semiologia das crises epilépticas, de acordo com a classificação da *Liga Internacional Contra a Epilepsia – LICE*, quer por síndromas epilépticas através do tipo de crises, idade de início, especificidades do EEG, e alterações neurológicas associadas, sendo importante pois, prediz a evolução, ajuda a seleccionar o anti-epiléptico (AE) mais apropriado, e permite identificar uma etiologia subjacente (Yacubian, 2002; Pimentel, 2006). De acordo com as suas manifestações clínicas, as crises epilépticas podem-se classificar em dois grupos significativos (Quadro 13): **crises parciais** (ou **focais**) e **crises generalizadas**, dependendo se a actividade anormal compromete de forma parcial ou total o córtex cerebral (Manga & Fournier, 1997; Yacubian, 2002; Árdila, 2005), bem como, a localização anatómica e a alteração fisiológica que provocam as crises (Manga & Fournier, 1997; Yacubian, 2002).

**Quadro 13.** Síntese da Classificação das Crises Epilépticas (LICE, 1981), adaptado de Manga & Fournier (1997, p. 199), Pimentel (2006, p. 91) e Yacubian (2002, p. 51).

- **Crises Generalizadas** (consciência perturbada)
  - Tónicas, Clónicas ou Tónico-clónicas
  - Mioclónicas
  - Atónicas
  - Ausências (típicas ou atípicas)
- **Crises Focais**
  - Simples (consciência mantida)
    - com sintomatologia motora
    - com sintomatologia sensitiva
    - com sintomatologia sensorial
    - com sintomatologia autonómica
    - com sintomatologia psíquica
  - Complexas (consciência perturbada)
    - começo com crises simples, com progressão para complexas
    - perturbação da consciência desde o início: **a)** apenas perturbação da consciência; **b)** com automatismo
  - Focais com generalização secundária/crises parciais secundariamente generalizadas: **a)** com começo parcial simples; **b)** com começo parcial complexo; **c)** com começo simples que deriva em complexa, que evolui a crises generalizadas
- **Crises Inclassificáveis** (por dados inadequados ou incompletos)

De forma a sintetizar a informação específica e relevante para os objectivos deste estudo vamos nos centrar somente na explanação das Crises Generalizadas tendo em conta que, todos os utentes com Epilepsia da nossa Amostra apresentam como Diagnóstico clínico Epilepsia do tipo Crises Generalizadas. Assim, as **crises generalizadas** são aquelas cuja semiologia inicial indica o envolvimento de áreas encefálicas amplas de ambos os hemisférios cerebrais (Yacubian, 2002), implicam ainda descargas neuronais que comprometem de forma bilateral ambos os hemisférios, sem apresentar sinais focais (Manga & Fournier, 1997; Ardila, 2005), e acompanham-se sempre da perturbação da consciência (Pimentel, 2006). A actividade eléctrica registada no EEG aparece alterada nos dois hemisférios (Manga & Fournier, 1997). Na *epileptógenese generalizada*, o gerador da perturbação sináptica ocorre nas estruturas corticais, embora, rapidamente, haja disseminação da excitação e inibição recorrente para ambos os hemisférios cerebrais via um circuito córtico-retículo-cortical (Pimentel, 2006). Entre as crises generalizadas enumera-se as *crises de ausências* (ou de “pequeno mal”), observadas com frequência nas crianças de idade escolar já algo avançada; as *crises tónico-clónicas* (ou de “grande mal”), de uma duração entre 5 e 10 minutos (Manga & Fournier, 1997). As *crises tónico-clónicas generalizadas* (na Adolescência) caracterizam-se pela contracção tónica simétrica e bilateral seguida de contracção clónica dos quatro membros usualmente associados a fenómenos automáticos como apnéia, liberação esfíncteriana, sialorreia, mordedura da língua, durante cerca de um minuto (Yacubian, 2002). Ocorre ainda a perda súbita de consciência presença de actividade motora, como referido (Ardila, 2005; Pimentel, 2006). Ou seja, inicialmente ocorre uma *fase tónica*, durante a qual há uma contracção intensa e generalizada dos músculos de todo o corpo e um aumento do tónus muscular; o ar pode ser expulso através da glote fechada, o que resulta no grito epiléptico (Yacubian, 2002); seguida por uma *fase clónica*, durante a qual ocorrem movimentos convulsivos, para terminar em coma profundo (*fase resolutive*) como final da crise (Manga & Fournier, 1997; Ardila, 2005); ou seja, ocorrem *mioclónicas* repetidas a intervalos regulares, rítmicas, na frequência de 2 a 3 c/s ocorrendo durante vários segundos a minutos (Yacubian, 2002). Quando o

paciente recupera a consciência apresenta-se confuso, desorientado e sonolento (**Estado Pós-Tictal**). Frequentemente as *crises Tónico-Clónicas generalizadas* apresentam-se combinadas com **crises parciais simples**, em que o paciente inicialmente apresenta uma sintomatologia focal (*e.g.* Parestesias, movimentos rítmicos de uma extremidade, *etc.*) e posteriormente as crises propagam-se/estendem-se ocorrendo a **generalização** (Yacubian, 2002; Ardila, 2005). Nas *crises generalizadas de Ausências (nas Crianças)*, ocorre falhas recorrentes de consciência sem que exista uma actividade motora ou então, manifestações motoras muito discretas como automatismos orais e manuais, piscamento, aumento ou diminuição do tónus muscular e sinais autonómicos (Yacubian, 2002). Embora suceda alguns movimentos das pálpebras (também designando de *mioclonias palpebrais* que consiste em contracções rápidas das pálpebras no fechar dos olhos, o que ocasiona o piscar rápido, acompanhado de desvio dos glóbulos oculares para cima), rotações dos olhos para cima, o olhar imóvel e a actividade interrompida, o paciente não responde à incitação do ambiente; de igual modo, estes ataques são de curta duração (segundos) (Manga & Fournier, 1997; Ardila, 2005; Pimentel, 2006). O perfil do EEG do paciente com ausências é característico, observando-se um padrão de ondas ponta de três ciclos por segundo. Trata-se de uma forma de epilepsia característica da infância (Ardila, 2005). Também nas epilepsias típicas da criança ocorrem as *crises mioclónicas – atónicas*, que se caracterizam por abalos mioclónicos nos membros superiores, geralmente em flexão, seguidos de perda do tónus muscular com queda da cabeça e flexão dos joelhos (Yacubian, 2002).

---

---

## ALTERAÇÕES COGNITIVAS NA EPILEPSIA

O deterioro funcional que causa a Epilepsia depende de múltiplos factores, como a frequência, a duração e o tipo de crises, a entidade síndrómica, a etiologia, a idade de início, os fármacos anti-epilépticos administrados ou a presença adicional de factores psicossociais adversos (Manga & Fournier 1997; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina & Morales-Asín, 2001; Simões, 2002; Ure, 2004). Os pacientes epilépticos apresentam maiores défices a nível cognitivo e comportamental, comparativamente com aqueles que não apresentam esta condição médica. Neste sentido, revelam problemas de desenvolvimento nomeadamente falta de competências sociais; baixa auto-estima; dificuldades de aprendizagem e educacionais devido a défices cognitivos; distúrbios afectivos como a depressão e a ansiedade, bem como, maior risco de condições psicóticas, particularmente esquizofrenia e estados paranóides (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). Os factores sociais adversos podem relacionar-se com a percepção do estigma e a discriminação social associada à Epilepsia, a auto-estima baixa do paciente ou a protecção exagerada da família. Todavia, muitos dos pacientes com Epilepsia farmacologicamente controlada, apresentam um desenvolvimento cognitivo dito “normativo” e encontram-se bem adaptados no seu meio sócio-cultural e familiar. Os casos onde se pode observar um deterioro significativo relacionam-se com os pacientes que apresentam crises fármaco-resistentes, sobretudo se estas têm uma idade de início precoce, isto porque podem

apresentar um período maior de cronicidade da doença, bem como, a Epilepsia em idades precoces produzem alterações importantes na configuração do padrão de conexões do córtex cerebral (Strehl, Kotchoubey, Trevorrow & Birbaumer, 2005; Silva & Cavalheiro, 2004; Ure, 2004).

Ao estudar as relações cérebro – comportamento, a tendência que prevalece é a de atribuir funções específicas a cada um dos hemisférios cerebrais. Ao esquerdo atribui-se processos de mediação verbal e mais analíticos, em contrapartida, o direito considera-se mais implicado em funções não verbais do tipo visuo-espacial, todas elas expressadas de forma muito geral; por sua vez, as descargas no hemisfério direito associam-se a piores execuções nas tarefas espaciais, e as descargas no hemisfério esquerdo provocam erros em tarefas verbais (Manga & Fournier, 1997). Neste sentido, Berent, Boll e Giordani (1980) desenvolveram um estudo sobre as consequências negativas para o funcionamento cognitivo do hemisfério onde se situava o foco epileptogénico. Este estudo sugeriu que o foco das crises situado no hemisfério esquerdo tem efeitos negativos para determinadas funções cognitivas e psicossociais, sendo tais efeitos significativamente menores em pacientes com o foco das crises limitado ao hemisfério direito. De igual modo, a acção deteriorada em quem tem o foco esquerdo tende a aumentar quando o paciente vai crescendo, o que diferencia também daqueles que apresentam o foco limitado ao hemisfério direito (Manga & Fournier, 1997; Artigas, 1999). Segundo Dreifuss, as síndromas apresentam determinada denominação devido à sintomatologia e à área anatómica das crises: a *epilepsia do lóbulo temporal* e a *epilepsia do lóbulo frontal* (Manga & Fournier 1997; Ure, 2004); sendo estas as áreas mais susceptíveis de apresentar focos epilépticos, daí que os deficits mais comuns sejam na memória declarativa (verbal ou visual), atenção, linguagem (diminuição da fluidez verbal e anomia) e funções executivas (memória de trabalho, controlo de interferências atencionais, atenção dividida, raciocínio, planificação e flexibilidade, tomada de decisões) (Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001; Ure, 2004). A *epilepsia do lóbulo temporal* caracteriza-se por crises parciais, simples ou complexas, com ou sem crises secundariamente generalizadas ou evolução de uma a outra. É comum uma história de crises febris e podem ocorrer alterações da memória. O conteúdo real das crises, que ocorrem periodicamente agrupadas ou aleatoriamente, depende do lugar anatómico implicado, como podem ser, por exemplo, a área amígdala – hipocampo (epilepsia temporo-límbica) ou áreas temporais laterais (Manga & Fournier, 1997; Ure, 2004). Neste sentido, os circuitos primariamente envolvidos na epilepsia do lóbulo temporal incluem estruturas do sistema límbico, particularmente o hipocampo e a amígdala. Essas estruturas participam dos processos de memória e aprendizagem, e encontram-se seriamente afectadas com este tipo de epilepsia. A característica mais evidente na epilepsia do lóbulo temporal é a atrofia hipocampal, decorrente da perda selectiva de neurónios e do processo de gliose que acompanha a perda celular (Silva & Cavalheiro, 2004; Ure, 2004). A *epilepsia do lóbulo frontal* caracteriza-se por crises parciais simples, parciais, complexas, ou secundariamente generalizadas. As crises ocorrem frequentemente várias vezes ao dia e podem surgir durante o sono.

O status epiléptico é muito frequente; a confusão pós-ictal é menor do que nas crises do lóbulo temporal. Também nestas epilepsias os sintomas das crises individuais variam com o lugar ou área de origem: cingular, motora suplementar, frontotemporal, orbitofrontal, ou perirrolândica (Manga & Fournier 1997; Ure, 2004). Nem todas as regiões corticais estão igualmente predispostas para apresentar um foco epileptogénico após uma lesão; são zonas mais epileptogénicas a região rolândica e o lóbulo temporal, enquanto que são menos os pólos frontais e occipitais (Manga & Fournier 1997; Ure, 2004). Diversos distúrbios cognitivos são identificados na Epilepsia, nomeadamente défices de atenção e concentração, bradifrenia (lentificação do pensamento), dificuldades de linguagem, défice nas funções executivas e de memória. Por sua vez, o factor que frequentemente se evidencia em uma avaliação neuropsicológica é o défice mnésico (Ure, 2004; Valente & Valério, 2004; Ponds & Hendriks, 2006; Campos-Castelló, 2006), os pacientes referem dificuldades de memória no seu quotidiano (*e.g.* esquecimentos acerca do local onde guardaram determinados objectos, verificam frequentemente os bolsos do vestuário para encontrarem alguma coisa, *etc.*) (Ponds & Hendriks, 2006). Os défices de memória na epilepsia são especialmente evidentes em pacientes com o foco epiléptico no lóbulo temporal (Junqué & Barroso, 2001; Ure, 2004). Contudo, as perturbações da memória apresentam diversas causas, assim Junqué & Barroso (2001) sintetiza os mecanismos neurofisiológicos através dos quais a epilepsia pode interferir na capacidade de aprendizagem da seguinte forma:

1. Interrupção directa do processo de codificação pela actividade epileptiforme que interfere com a capacidade de atender à informação, processá-la, armazená-la e recuperá-la.
2. Interrupção do processo de consolidação pelo qual a informação é codificada, armazenada e evocada. Esta interrupção é devida a descargas temporais distantes à experiência de aprendizagem.
3. Lesões permanentes no tecido neuronal que reduz a capacidade para reagir adaptativamente a novas aprendizagens.
4. Alterações no funcionamento neuronal relacionadas com os fármacos anti-epilépticos usados para o tratamento da epilepsia.
5. Interrupção directa ou indirecta da função cerebral pela ocorrência crónica de frequentes descargas durante o sono.

Vários estudos indicam que os défices de memória são os mais frequentes na avaliação das queixas cognitivas em epilépticos, e localizam a disfunção relacionando a actividade focal epiléptica nas áreas temporais do cérebro, que é um factor chave no prejuízo da memória. Além disso, dentro deste grupo de pacientes com o foco no lóbulo temporal, os estudos verificaram que a lateralidade do foco epiléptico é um importante factor de risco. Pacientes com o foco epiléptico unilateral no lóbulo temporal esquerdo apresentam, significativamente, um elevado risco em possuir défice de memória, comparativamente com os pacientes que apresentam o foco epiléptico no lóbulo temporal direito (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). Estes pacientes possuem défices específicos na associação e emparalhamento de informação verbal nas suas correspondências semânticas, e na aquisição de informação episódica verbal que é apresentada auditivamente, o qual pode ser principalmente interpretado como prejuízo no processamento do armazenamento. O efeito principal de lateralização parece ser independente de outros factores relacionados com a epilepsia que influenciam a memória, isto é, “frequência das convulsões”, e “o total de anos que padece de epilepsia”. A frequência elevada

de convulsões, especificamente, parece prejudicar a primeira fase do processo de codificação da memória. Frequentemente as alterações na atenção vêm-se agravadas pelos fármacos anti-epilépticos, que também podem afectar a velocidade de processamento e produzir lentificação (Manga & Fournier 1997; Arnedo, Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001; Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006; Silva & Cavalheiro, 2004; Ure, 2004; Valente & Valério, 2004). Todavia em alguns casos os fármacos anti-epilépticos melhoram as funções cognitivas; ao incidir na alteração cognitiva transitória de uma forma continuada produz-se um bloqueio no processo de codificação, o qual interfere na capacidade de atender à informação, processá-la, armazena-la ou recupera-la; ocorrendo uma interrupção do processo de consolidação (Artigas, 1999; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006).

A criança com epilepsia apresenta com frequência um nível mais baixo de funcionamento intelectual; todavia, para uma melhor compreensão das relações entre epilepsia e inteligência é necessário considerar variáveis como a idade de aparecimento das crises (o risco de déficite intelectual é maior quando as convulsões têm início na primeira infância), o tipo de epilepsia, os efeitos isolados e combinados da medicação anti-epiléptica (Simões, 2002; Bjornaes, Stabell, Henriksen, Roste & Diep, 2002; Silva & Cavalheiro, 2004). A *epilepsia do lóbulo temporal* na infância afecta as mesmas estruturas e funções das do adulto, todavia as manifestações clínicas não adoptem os mesmos padrões semiológicos; as funções mais frequentemente afectadas são a memória verbal e a linguagem, embora também se tenha verificado alterações da atenção e das funções executivas na epilepsia com este foco epiléptico (Manga & Fournier, 1997; Ure, 2004; Valente & Valério, 2004). O que implica zonas extratemporais como consequência da acção negativa prolongada desta epilepsia frequentemente resistente ao tratamento (Campos-Castelló, 2006). As *crises secundárias generalizadas* são frequentes quando existe o foco epiléptico no hipocampo ou na área medial do lóbulo temporal. Aproximadamente 50% dos pacientes com crises generalizadas têm *auras*, ou uma sensação que precede as crises. Quando a lesão tem carácter focal, a modalidade sensorial da aura pode corresponder ao lugar da lesão (de acordo com os estudos desenvolvidos neste campo, na maioria das auras estão implicados os lóbulos temporais) (Manga & Fournier, 1997; Ure, 2004). As *ausências típicas*, observadas sobretudo na segunda infância, são crises generalizadas de surgimento súbito e breve suspensão da consciência. Nas *ausências de pequeno mal*, o paciente interrompe a sua actividade, tem o olhar fixo e é possível que apresente uma breve rotação dos olhos para cima; também podem aparecer componentes clónicos breves: nos globos oculares, pálpebras, membros superiores, ou na nuca (Manga & Fournier, 1997; Ure, 2004; Valente & Valério, 2004; Campos-Castelló, 2006). As pesquisas neuropsicológicas em pacientes com epilepsia são muito variáveis. Todavia, existem três regras básicas: (1) em caso de crises parciais ou focais, as pesquisas dependem da localização do foco epileptogénico; (2) em caso de crises generalizadas, é possível descobrir défices intelectuais globais; a severidade destes défices correlaciona-se significativamente com a

frequência das crises. Os pacientes que tenham apresentado um status epiléptico (as crises ocorrem sequencialmente sem alcançar uma recuperação da consciência) frequentemente apresentam determinado grau de deterioro intelectual; (3) uma percentagem significativa de pacientes com epilepsia não apresenta défice cognitivo significativo em provas *standard* de avaliação (Ardila, 2005; Silva & Cavalheiro, 2004). Não há dúvida que a epilepsia é uma alteração do sistema nervoso central que interfere abruptamente com o comportamento: percepção, movimento, consciência e outras funções cerebrais superiores (Manga & Fournier 1997). De forma geral, os danos cerebrais mais focais correlacionam-se com deficits neuropsicológicos mais específicos do que os originados por patologias mais difusas, como as associadas a processos degenerativos ou a atraso mental (Espie, Watkins, Duncan, Espie, Sterrick, Brodie *et al.*, 2001). Em linhas gerais, as crises epiléticas ocasionarão um prejuízo maior quanto mais generalizadas forem ou quanto maior for a sua frequência e duração (Silva & Cavalheiro, 2004; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006; Campos-Castelló, 2006).

---

---

### SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMORBILIDADE PSIQUIÁTRICA

---

Uma forte relação entre a epilepsia e os distúrbios psiquiátricos foi estabelecida pela medicina em outrora, acabando por se solidificar em tempos actuais (Trevisol-Bittencourt & Troiano, 2000); assim, a Epilepsia pode, mas não inevitavelmente, afectar a esfera emocional, comportamental, social, e funcionamento cognitivo (Junqué & Barroso, 2001; Manchanda, 2002; Nelson, Elder, Groot, Tehrani, & Grant, 2004; Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). Para muitos pacientes, as convulsões são incontroláveis e imprevisíveis, o que condiciona extremamente as suas vidas. De igual modo, o medo e a preocupação relativamente às suas convulsões, percebidas com estigma e discriminação (particularmente na esfera social), a falta de suporte social, são consideradas potenciais variáveis etiológicas (psicossociais) no desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). Na esfera das perturbações de humor, a depressão é provavelmente a perturbação mais comum entre pacientes com epilepsia (Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Kairalla, Bressan & Mari, 2004; Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005), enquanto a mania e hipomania são muito raras. Esta associação pode estar relacionada com a interacção complexa de factores genéticos, bioquímicos e psicossociais. Alguns pacientes, quando recebem o diagnóstico de epilepsia, apresentam um período de tristeza e de adaptação; após elaborar esta situação tendem a voltar ao seu estado de humor dito normal (Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005). Todavia, existem casos que podem desenvolver um quadro depressivo com características de morbilidade (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Identificar estas situações é um dos objectivos fundamentais para a elaboração do diagnóstico clínico; assim, a identificação da depressão na epilepsia é frequentemente realizada clinicamente utilizando também vários testes que ajudem no diagnóstico (Karzmark, Zeifert & Barry, 2001). De acordo com vários autores,

nomeadamente Kairalla, Bressan, & Mari (2004), as crises epilépticas por si só, ou ainda associadas ao estigma social que giram em torno delas, tendem a prejudicar o desempenho produtivo e as relações afectivas do paciente. O somatório das frustrações decorrentes, do cerceamento frequente das suas vontades e competências, provocada pela ocorrência das crises, acaba por gerar cognitivamente no paciente e dos que o rodeiam, um bloqueio significativo das perspectivas de realizações gratificantes no transcorrer da vida. Consequentemente, esta desesperança – agravante de um quadro depressivo – poderia actuar como um factor psíquico desencadeante de crises epilépticas, que por sua vez, acentuariam o quadro depressivo, criando assim um círculo vicioso de prognóstico negativo (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). As crises epilépticas são um dos protótipos de ocorrências aversivas, pois são imprevisíveis, incontroláveis e podem deixar graves sequelas orgânicas. Além disso, a discriminação, o desemprego, a exclusão social, são consequências traduzidas na literatura e que poderiam levar ao desencadeamento de um quadro depressivo e/ou ansioso (Artigas, 1999; Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). De acordo com Robertson (1986 *cit. in* Kairalla, Bressan, & Mari, 2004), os desencadeantes da depressão interictal na epilepsia parecem ser multifactoriais, incluindo tanto factores de risco neurobiológicos como psicológicos. Neste sentido, vários sintomas psiquiátricos podem ser classificados de acordo com a sua relação temporal e ocorrência de convulsões; assim, podem ser divididos em sintomas *peri-ictal* (relacionado com as próprias convulsões) e *interictal* (independentemente das convulsões). Os sintomas peri-ictal são aqueles que precedem as convulsões (preictal), as manifestações clínicas das próprias convulsões (ictal), e aqueles que ocorrem após as convulsões (pósictal) (Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). Todavia, é reconhecido que os sintomas neurocomportamentais associados com a descarga ictal inclui alucinações, ansiedade, sintomas dissociativos, descontrolo do comportamento, confusão e distúrbios afectivos (Manchanda, 2002). De acordo com a literatura, os epilépticos possuem significativamente a probabilidade de desenvolverem problemas psiquiátricos; todavia, torna-se fundamental colocar uma questão que permita compreender a origem desta comorbilidade psiquiátrica, nomeadamente: “Será que a condição epiléptica *per si* predispõe os doentes a complicações psiquiátricas ou a cronicidade da epilepsia encaminha a problemas psiquiátricos?”. Através desta questão, Wells e seus colaboradores desenvolveram um estudo que permitiu constatar que, a condição clínica crónica é geralmente associada com o aumento do risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Concomitantemente à cronicidade, também a disfunção cerebral pode apresentar um risco adicional, provavelmente relacionado com o comprometimento do sistema límbico (Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). Gibbs (1951 *cit. in* Manchanda, 2002) afirmou que existe uma relação directa entre a epilepsia do lóbulo temporal e a psicopatologia; bem como, uma associação significativa entre as áureas e os diagnósticos psiquiátricos. Embora os pacientes com epilepsia do lobo temporal apresentem maior risco de desenvolverem perturbações psiquiátricas comparativamente com outros pacientes que possuem outros tipos de epilepsia

(Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). As perturbações do comportamento associadas à epilepsia podem estar relacionadas com as próprias descargas das convulsões, a fase interictal ou as consequências adversas psicossociais da epilepsia crónica (Manchanda, 2002; Valente & Valério, 2004). Todavia, independentemente deste facto, Rodin e seus colaboradores (1976 *cit. in* Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005) sugeriram que os pacientes com epilepsia do lobo temporal possuem frequentemente mais do que um tipo de convulsões, e conseqüentemente o número de tipos de convulsões torna-se mais relevante para os problemas emocionais e psiquiátricos na epilepsia, do que o tipo de epilepsia *per si* (Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005). Para além do número de tipos de convulsões, existem outros factores de risco (*e.g.* o envelhecimento, a lateralidade do foco epileptiforme temporal) que predis põem ou protegem os pacientes com epilepsia do lobo temporal da psicopatologia. Outras variáveis podem surgir ou adicionalmente à epilepsia do lobo temporal que, por sua vez, são importantes determinantes de perturbações psiquiátricas na epilepsia. Isto porque, o Sistema Límbico está envolvido na regulação do comportamento emocional, e a localização exacta e a lateralização da zona epileptogénica são factores importantes. O Sistema Límbico está situado na parte medial do lobo temporal, então as perturbações psiquiátricas (em particular as perturbações de humor) são esperadas em pacientes com o foco epiléptico nesta localização (Manchanda, 2002; Betting, Kobayashi, Montenegro, Min, Cendes, Guerreiro *et al.*, 2003; Ettinger, 2004; Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven, 2005; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006). Outro aspecto a ter em conta no estudo da sintomatologia depressiva são os possíveis factores intrínsecos à Epilepsia que contribuem ao seu desenvolvimento. Assim, Indaco (1992 *cit. in* Kairalla, Bressan, & Mari, 2004), considera que a depressão em pacientes epilépticos está de alguma maneira relacionada com o tipo de epilepsia, tendo chegado a esta conclusão ao não encontrar correlação entre a gravidade da depressão e a duração da epilepsia, a frequência das crises, o nível sócio-económico, o nível de escolaridade, a história familiar da doença depressiva e o nível dos fármacos anti-epilépticos na circulação sanguínea. Já para outros autores, a frequência das crises e a duração do quadro epiléptico também parecem desempenhar um papel no desenvolvimento da síndrome depressiva (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004; Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005). Alguns autores registaram que a depressão pode ser uma manifestação de alterações específicas na função cerebral, parecendo se associar a distúrbios dos circuitos límbicos, seja da sua porção temporal, como dos seus segmentos frontais (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Por sua vez, Hermann e seus colaboradores (1991 *cit. in* Kairalla, Bressan, & Mari, 2004), levantaram a hipótese de que os registos conflictivos da presença de depressão vinculada à lateralidade da lesão na epilepsia do lóbulo temporal podem ser devidos a alterações concomitantes do lóbulo frontal. Estes estão intimamente envolvidos com funções integrativas superiores, como informação cognitiva processual (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004; Ettinger, 2004). Face a esta multiplicidade de factores desencadeantes de depressão na epilepsia, apontados na literatura, os aspectos biológicos parecem mais importantes na determinação

da depressão, e crises parciais complexas de origem do lóbulo temporal, particularmente do lado esquerdo, parecem ser o factor de risco principal da depressão interictal (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004; Ettinger, 2004; Karzmark, Zeifert & Barry, 2001). Na epilepsia, a ansiedade ocorre muitas vezes associada com a depressão; a distinção entre as duas é difícil devido à natureza atípica das perturbações depressivas na epilepsia. Os distúrbios de ansiedade, devido à epilepsia, podem estar associados com a ansiedade generalizada, ataques de pânico, sintomas obsessivos – compulsivos (Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Manchanda, 2002).

O conceito de Qualidade de Vida é subjectivo e baseia-se na perspectiva da família, a qual vê e sente a interferência da doença na vida pessoal, familiar, social e escolar do paciente (Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes & Guerreiro, 2003). Nomeadamente, a Epilepsia é uma doença crónica que afecta significativamente a vida do paciente, com várias consequências sociais e psicológicas (Artigas, 1999; Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006), que limita a parte física, emocional e social do indivíduo e acarreta com um número inevitável de mudanças traumáticas, que por sua vez afecta negativamente a qualidade de vida (Artigas, 1999). Além disso, coloca um encargo/responsabilização nos próprios indivíduos, mas também nas suas famílias, pois precisa de um tratamento adequado, despesas, a perda de capacidade de trabalho (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Espie, Watkins, Duncan, Sterrick, Mcdonach, Espie, *et al.* 2003). A epilepsia, como todas as patologias, influenciam sempre de alguma maneira a vida diária do epiléptico já que exige ao paciente uma série de normas imperativas ou restritivas como a toma diária de medicação, ou a renúncia ou restrição de determinadas actividades, embora todas elas possam reajustadas sem que chegue a provocar uma influência definitiva na sua qualidade de vida, em especial se conseguirem superar os aspectos míticos e de estigma social de que são alvo (Artigas, 1999; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004; Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005; Campos-Castelló, 2006). Um estudo recente analisou o impacto da epilepsia através da idade de começo, país de origem, sentimentos acerca da vida, danos associados à epilepsia, e constatou que estas variáveis estão significativamente interrelacionadas na pontuação à escala de avaliação do estigma; embora a frequência de convulsões não apresentava valor significativo (Lee, Yoo & Lee, 2005). A natureza do estigma da epilepsia associado com os factores psicológicos tem sido considerada como um impacto bastante significativo na qualidade de vida dos pacientes epilépticos; todavia, o sentimento do estigma e as suas consequências não são igualitários para todos os epilépticos. Neste sentido, os factores que contribuem e influenciam o desenvolvimento e manutenção dos sentimentos de estigma não estão suficientemente esclarecidos na sua totalidade; embora a frequência das convulsões seja considerada o factor significativamente relacionado com o sentimento de estigma (Lee, Yoo & Lee, 2005 Marchetti, Castro, Kurcgant,

Cremonese & Neto, 2005). Os pacientes com epilepsia são especialmente predispostos aos distúrbios psiquiátricos por apresentarem, além de factores psicossociais, tais como restrições de uma vida “normal”, o estigma, e a rejeição social, também outros possíveis factores de risco como alterações na concentração de neurotransmissores, provocada pelo tratamento farmacológico e o envolvimento de circuitos cortico-subcorticais (Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004). Pacientes que apresentam as convulsões controladas expressam menos sentimentos de estigma de que são alvo, embora mesmo os pacientes que apresentam convulsões não frequentes apresentam valores significativos de estigma comparativamente com aqueles que têm as convulsões controladas (Artigas, 1999; Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Lee, Yoo & Lee, 2005; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, Feygina & Gusev, 2006). Por sua vez, sendo a epilepsia fortemente invasiva na vida dos doentes e a sua influência nos vários domínios da vida (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002), são muito bem descritos na literatura os seus efeitos negativos na qualidade de vida (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006). Neste sentido, a epilepsia provoca alterações a nível geral (auto-estima, independência, discriminação, comportamento, estigma, funções cognitivas), como também a nível educacional (aprendizagem, superprotecção, rejeição), laboral (formação, contratação), e social (relações familiares, amizade, desporto, actividades lúdicas, condução de veículos) (Fernández, 1999). As repercussões das crises fazem-se sentir no quotidiano do paciente, pois interferem directa e negativamente na qualidade de vida dessas pessoas. Essa interferência pode ser decorrente tanto da frequência e gravidade das crises, quanto da duração da síndrome epiléptica (Alonso & Albuquerque, 2002); de igual modo, existem algumas variáveis independentes que apresentam correlações elevadas com a Qualidade de Vida: quanto mais graves as crises, mais baixa a Qualidade de Vida; quanto mais elevado o apoio social, mais interno o *locus* de controlo e quanto mais elevada a auto-eficácia para lidar com a doença, mais elevada a Qualidade de Vida dos sujeitos (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Existem vários aspectos essenciais à qualidade de vida que afectam a criança epiléptica, nomeadamente, as eventuais restrições na vida diária, a baixa auto-estima, as crises imprevisíveis, as dificuldades de aprendizagem e o fracasso escolar, a perda de independência (superprotecção) e os efeitos secundários da medicação anti-epiléptica (Filho & Gomes, 2004; Campos-Castelló, 2006). De igual modo, estão envolvidos **factores orgânicos** (doença neurológica de base e as suas limitações físicas e cognitivas; a frequência das crises e o risco de acidentes; os efeitos colaterais do tratamento farmacológico e cirúrgico), **psicológicos** (preocupações familiares e pessoais, sentimentos de culpa e rejeição, desenvolvimento da personalidade), **sociais** (limitações do lazer e trabalho, inserção social) e **educacionais** (desempenho escolar e profissionalização) (Artigas, 1999; Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Filho & Gomes, 2004). O reconhecimento de todas as variáveis transcritas ao momento e a sua influência no controlo da doença e bem-estar do paciente, bem como a valorização da percepção do epiléptico e da sua família nos vários aspectos é a base das avaliações da Qualidade de Vida (Filho & Gomes, 2004). Os

factores mais importantes que afectam a qualidade de vida são as variáveis demográficas como a idade, sexo, estatuto sócio-económico, as variáveis clínicas inclusivamente a frequência de convulsões e a durabilidade da doença (Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006). Um factor que tem sido apresentado como uma das causas de perturbações emocionais e condicionante da funcionalidade, bem como, um sintoma comum em muitas condições médicas é a fadiga; assim, na prática clínica, refere-se que a fadiga causa muitas vezes fraqueza em pacientes epiléticos, e é um factor precipitante para desencadear convulsões. Por sua vez, autores consideram que a fadiga resulta da perda de energia, a fraqueza relacionada com as convulsões e que, conseqüentemente, afecta a qualidade de vida negativamente (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006). De acordo com o estudo desenvolvido por Senol, Soyuer, Arman & Ozturk (2006), existem vários factores clínicos e sócio-demográficos que afectam directamente a qualidade de vida dos pacientes, que são: a **frequência das convulsões** (os pacientes apresentam ansiedade devido ao carácter imprevisível e inesperado das convulsões, da perda da consciência, perda de controlo, incapacidade de evitar dano, e estigma social nomeadamente pela vergonha e humilhação na multidão), a **durabilidade da doença** (relacionado também com o idade de começo, pois afecta as funções físicas e cognitivas, de igual modo, uma duração longa da doença tem significativamente um impacto negativo no funcionamento cognitivo), **fadiga** (a frequência e tipo de convulsões, factores inatos, acumulação do metabolismo, alterações nos padrões de energia, diminuição dos padrões de actividade, padrões de sono, alterações nos padrões de regulação e transmissão, padrões sociais, e acontecimentos de vida), **depressão** (os factores de risco para a depressão na epilepsia foram classificados em dois tipos: biológicos e psicossociais; os mais frequentes são a idade de começo, a lateralidade e durabilidade da doença, etiologia e tipo de convulsões, ajustamento à epilepsia, percepção do estigma, discriminação e acontecimentos ansiogénicos, padrões cognitivos negativistas, medicação e factores sócio-demográficos), e **idade** (idade avançada diminui a qualidade de vida devido à fadiga/perda de energia, funcionamento cognitivo e limitações físicas) (Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Filho & Gomes, 2004; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006). De igual modo, elevada frequência de convulsões limita, usualmente, as actividades de vida e prejudica o funcionamento físico, social e emocional, bem como, provoca a deterioração geral da qualidade de vida (Artigas, 1999; Fernández, 1999; Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes & Guerreiro, 2003; Filho & Gomes, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006).

Os estudos da Neuropsicologia são importantes no acompanhamento de pessoas diagnosticadas com epilepsia, uma vez que permitem estudar as relações entre as descargas paroxísticas e/ou lesões cerebrais localizadas e as funções cognitivas, complementando e dando suporte para a delimitação das disfunções cerebrais localizadas associadas à epilepsia (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006). Assim, de forma sumariada, verificamos no Quadro 14 os principais aspectos tidos em consideração no âmbito da Neuropsicologia.

**Quadro 14.** Neuropsicologia – as várias linhas de actuação, adaptado de Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez (2006, p. 83).

- 
- ✓ Contribuição na detecção e seguimento evolutivo das mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais que causam as crises epilépticas.
  - ✓ Contribuição na selecção de pacientes para tratamentos especiais (*e.g.* introdução de novos fármacos, cirurgia da epilepsia, *etc.*).
  - ✓ Contribuição na detecção de crises não epilépticas.
  - ✓ Reabilitação neuropsicológica dos deficits associados à epilepsia.
  - ✓ Investigação sobre os processos afectados pela epilepsia e as estruturas cerebrais que os medeia; desenvolvimentos de provas cada vez mais precisas para avalia-los e técnicas de intervenção orientadas à sua reabilitação.
- 

Um paciente com epilepsia possui maior risco de apresentar problemas que afectem o seu funcionamento cognitivo e outras perturbações mentais, comparativamente com outros sujeitos sem problemas neurológicos; isto depende de três factores essenciais, cada um com variáveis heterogéneas: o efeito directo da própria epilepsia, os possíveis défices neuropsicológicos previamente associados, e o efeito adverso da medicação anti-epiléptica (Campos-Castelló, 2006). Por sua vez, a introdução de novos fármacos anti-epilépticos com maior efectividade e menos efeitos secundários requer a realização de ensaios clínicos que objectivem os benefícios da sua prescrição. Neste aspecto, a Avaliação Neuropsicológica poderia constatar a repercussão funcional que sobre o paciente produz a administração do novo fármaco (Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006). Outra vinculação importante da Neuropsicologia com a Epilepsia, quiçá a mais clássica, centra-se na contribuição que realiza na selecção de pacientes idóneos para a cirurgia e o seu posterior seguimento evolutivo após a intervenção (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006).

---

#### **AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

A Avaliação Neuropsicológica do paciente constitui um elemento essencial no diagnóstico e tratamento. Neste sentido, são utilizados testes que eram anteriormente utilizados pela Psicometria, sendo os seus resultados utilizados em Neuropsicologia Clínica com fins de diagnóstico (Junqué & Barroso, 2001; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001), que avaliam a função cognitiva e o comportamento (León-Carrión, 1995; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001), contribuindo com dados relevantes na detecção de deficits cognitivos isolados (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001)

e difusos (Lezak, 2003) a partir da identificação de áreas cerebrais específicas que sofreram lesão (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001). Por sua vez, também avalia as capacidades cognitivas de um determinado paciente epilético, e inclui a intenção de integração e interpretação em um contexto da patologia epilética de base. Esta avaliação engloba a revisão de aspectos familiares e sociais, história escolar e profissional e aspectos do tipo psiquiátrico/emocionais; em determinadas ocasiões poderá ser úteis aspectos referentes à personalidade (Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001). De igual modo, é fundamental ter a colaboração de um cuidador para transmitir informação segura e real acerca dos vários domínios do paciente com epilepsia e atraso intelectual, bem como, para o acompanhar para qualquer compromisso clínico (Espie, Watkins, Duncan, Sterrick, Mcdonach, Espie & MCGarvey, 2003). De acordo com a literatura, existe um elevado grau de preocupação acerca da epilepsia que se estende para além do próprio paciente, nomeadamente para o seio familiar, nomeadamente os membros da família partilham uma percepção comum acerca das necessidades da pessoa com epilepsia e atraso intelectual (Espie, Watkins, Duncan, Sterrick, Mcdonach, Espie & MCGarvey, 2003). Torna-se fundamental utilizar testes ou provas neuropsicológicas do tipo psicométrico, ou seja, centrar-se numa avaliação quantitativa, de modo a planificar e controlar a reabilitação neuropsicológica, e permitir conhecer as características de apresentação de um ou de mais défices. Por outro lado, a avaliação também se revela pertinente por utilizar um método qualitativo que se baseia na descrição clínica que usa um conjunto sistemático e flexível de provas (León-Carrión, 1995; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001). Neste sentido, a avaliação quantitativa garante que a evolução do paciente durante o processo de avaliação é monitorizado ou controlado com medidas precisas e normativas. Neste tipo de avaliação, o objectivo ideográfico é fundamental, o que é considerada uma avaliação individual, na qual se usa testes e baterias neuropsicológicas estandardizadas (León-Carrión, 1995) de forma a possibilitar a avaliação do desempenho cognitivo global, assim como a determinação das disfunções específicas de **atenção, memória, linguagem e funções executivas** que são os processos básicos para a construção e desenvolvimento das habilidades intelectuais (Christensen, 1987; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001; Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Tisser, Azambuja, Espirito Santo, Filho & Portuguez, 2005). Segundo Smith (1975) citado por León-Carrión (1995), na avaliação qualitativa é aplicado um protocolo idiossincrático a cada caso, ou seja, os instrumentos utilizados devem ajustar-se a uma avaliação individualizada e minuciosa, sendo estes de aplicação simples, flexíveis e adequar-se às características sociais e culturais do sujeito. Para além do referido, existem outros aspectos fundamentais a ter em consideração em uma avaliação neuropsicológica na epilepsia, como se pode verificar no Quadro 15.

**Quadro 15.** Exemplos de aspectos a abordar em uma Avaliação Neuropsicológica na Epilepsia, adaptado de Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín (2001, p. 77).

- A obtenção de respostas a perguntas significativas para o tratamento médico; por exemplo, aspectos de localização hemisférica crítica, evidência de deterioro cognitivo progressivo e, portanto, progressão da patologia, e avaliação de possível afecção das funções cognitivas pela medicação (inclusivamente repetidas avaliações poderá contribuir para a determinação de doses mais efectivas de um determinado fármaco com os mínimos efeitos adversos cognitivos possíveis).
- Avaliar e diferenciar a autêntica disfunção neuropsicológica de problemas relacionados com a esfera de humor do próprio paciente, como por exemplo, depressão ou ansiedade.
- Avaliar e identificar possíveis tratamentos do tipo reabilitar os pacientes; por exemplo, é possível identificar disfunções do lóbulo frontal, nos quais podemos encontrar défices de iniciação, organização ou controlo da impulsividade, e que podem beneficiar de forma especial do tratamento reabilitador.
- A avaliação neuropsicológica pode ajudar a melhorar a auto-estima e as relações sociais do paciente.

De modo geral, os testes para a avaliação de pacientes com epilepsia parcial devem levar em consideração a especialização funcional hemisférica (Schacter, 1988; Simões, Lopes, Pinho, 2003). Embora os dois hemisférios cerebrais funcionem de maneira conjunta e complementar, existem diferenças marcantes no que se refere ao processamento dos vários tipos de estímulos sensoriais. Em pessoas destras, o hemisfério direito é geralmente predominante para o processamento de informações não – verbais, enquanto o esquerdo é geralmente dominante para o processamento de estímulos que tenham uma conotação linguística, que envolvam um encadeamento sequencial e analítico dos estímulos (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Orozco-Giménez, Pastor-Pons, Sánchez-Jofré, Verdejo, Pérez-García, 2005). Entre as variáveis que podem interferir no rendimento neuropsicológico dos pacientes epiléticos, destaca-se as expostas no Quadro 16.

**Quadro 16.** Variáveis que podem interferir no rendimento neuropsicológico em epiléticos, adaptado de Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín (2001, p. 78).

**Idade de começo das crises** – quanto mais tarde se iniciam as crises epiléticas, melhor a pontuação nos testes neuropsicológicos.

**Anos com crises** – existe maior correlação desta variável que a duração global da epilepsia.

**Tipo de crises** – os pacientes com crises generalizadas tónico-clónicas demonstram um rendimento inferior nos testes, que os pacientes que padecem de crises parciais. Os pacientes com crises parciais complexas somente apresentam fundamentalmente défices selectivos de memória.

**Número de crises epiléticas** – à medida que os pacientes padecem de maior número de crises, começam a apresentar maiores défices do tipo cognitivo.

**Status epilético** – outra variável que correlaciona negativamente com a pontuação nos testes neuropsicológicos.

**Tratamento anti-epilético** – as reacções cognitivas individuais aos fármacos anti-epiléticos variam, na medida em que pode-se produzir em níveis baixos do fármaco ou podem ser tolerantes aos níveis muito elevados. Existe uma clara correlação das alterações neuropsicológicas com relação ao número de fármacos administrados. Dentro dos fármacos anti-epiléticos, o fenobarbital produz maiores défices cognitivos que a fenitoína, carbamazepina ou o ácido valproico.

## **OBJECTIVOS E HIPÓTESES**

---

### **OBJECTIVO GERAL**

Estudar, analisar e comparar os rendimentos neuropsicológicos bem como a qualidade de vida em pacientes diagnosticados com epilepsia, e sujeitos normativos, com idades compreendidas entre 13 e 60 anos, de diferentes níveis educacionais. Através da administração das Escalas de Memória e Processos Intelectuais da versão portuguesa experimental da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska, do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na Epilepsia (QOLIE-31 e QOLIE-AD-48, versão para adultos, crianças e adolescentes, respectivamente) e Questionário da Qualidade de Vida em sujeitos normativos (WHOQOL-Abreviado, versão portuguesa).

---

### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar se existe deterioro nas Funções de Memória em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe deterioro nas Funções Intelectuais em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe deterioro nas Funções Executivas em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se existe exacerbação de indicadores multidimensionais (sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais, *etc.*) de sintomatologia depressiva em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais;
- Identificar se o número de convulsões desde o diagnóstico, em pacientes com Epilepsia, está relacionado com indicadores de disfunção cognitiva global;
- Identificar se os anos de progressão desde o diagnóstico, em pacientes com Epilepsia, estão relacionados com indicadores de disfunção cognitiva global;
- Identificar se a tipologia da toma fármaco-terapêutica nos epiléticos está relacionada com indicadores de disfunção cognitiva global;
- Identificar se o tipo de crises epiléticas nos epiléticos está relacionado com indicadores de disfunção cognitiva global;
- Identificar se existe exacerbação de indicadores de má qualidade de vida em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais;
- Estudar e avaliar se o factor idade está relacionado com indicadores de disfunção cognitiva global.

Hipótese 1 (**H1**): Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento nas Funções de Memória nos itens da LNNB comparados com os sujeitos normais;

Hipótese 2 (**H2**): Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento nas Funções Intelectuais nos itens da LNNB comparados com os sujeitos normais;

Hipótese 3 (**H3**): Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento no domínio das Funções Executivas, comparados com os sujeitos normais;

Hipótese 4 (**H4**): Os sujeitos com Epilepsia apresentam indícios mais acentuados de indicadores multidimensionais de sintomatologia depressiva comparados com os sujeitos normais;

Hipótese 5 (**H5**): Os sujeitos com diagnóstico de Epilepsia com maior número de convulsões desde o diagnóstico apresentam indicadores mais acentuados de disfunção cognitiva global comparados com os pacientes de Epilepsia com menor número de convulsões desde o diagnóstico;

Hipótese 6 (**H6**): Os sujeitos com Epilepsia com mais anos desde o diagnóstico apresentam indicadores mais acentuados de disfunção cognitiva global comparados com os doentes de Epilepsia com menos anos desde o diagnóstico.

Hipótese 7 (**H7**): Os sujeitos com Epilepsia cuja tipologia da toma fármaco – terapêutica é politerapia apresentam indicadores mais acentuados de disfunção cognitiva global comparados com os pacientes de Epilepsia cuja tipologia é monoterapia.

Hipótese 8 (**H8**): Os sujeitos com Epilepsia Secundária ou Sintomática apresentam indicadores mais acentuados de disfunção cognitiva global comparados com os pacientes de Epilepsia Primária ou Idiopática.

Hipótese 9 (**H9**): Os sujeitos com Epilepsia, considerando os dois grupos, apresentam pior Qualidade de vida.

Hipótese 10 (**H10**): Os sujeitos mais idosos, considerando os dois grupos, apresentam piores resultados quando se avaliam as funções cognitivas globais.

## **METODOLOGIA**

---

### **AMOSTRA**

A amostra do presente estudo compreende 26 sujeitos voluntários da população portuguesa, homens e mulheres de diferentes níveis educacionais, com idades entre os 13 e os 65 anos, que se disponibilizaram para passar pelo processo de avaliação. Todos os sujeitos são dextros. Da amostra, 13 sujeitos apresentam diagnóstico de Epilepsia e 13 são sujeitos normais.

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA OS SUJEITOS DA AMOSTRA COM EPILEPSIA:</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA OS SUJEITOS NORMAIS:</b>
- Apresentar um diagnóstico de Epilepsia;	- Apresentar uma pontuação normal no MMSE (> 15 para sujeitos iletrados, > 22 para sujeitos com 1 a 11 anos de escolaridade formal e > 27 para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade formal (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Maia, 2006);
- Inexistência de perturbação psiquiátrica;	- Inexistência de patologia neurológica;
- Inexistência de perturbações neurológicas em comorbilidade.	- Inexistência de patologia psiquiátrica.

## **INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

### **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA REALIZAÇÃO DA ANAMNESE**

Permite realizar uma anamnese aprofundada, para obter informações relativas aos dados sócio-demográficos do sujeito (idade, escolaridade, profissão, história familiar, *etc.*). De igual modo, permite recolher dados relacionados com o historial de saúde e de dificuldades funcionais do sujeito (Maia, 2006) e uma complementação dos dados dos doentes com Epilepsia, recolhidos dos seus processos clínicos. Simultaneamente, e uma vez que os sujeitos normativos não apresentavam processos clínicos para consultar, esta entrevista permitiu ainda a recolha aprofundada dos dados relativos aos sujeitos controlos. De igual modo, a entrevista permite obter dados que são de extrema importância para o estabelecimento do desempenho basal que é levado em consideração na interpretação dos resultados obtidos na avaliação (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002).

### **MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**

Este teste está dividido em 6 grupos que reportam para diversas dimensões (constructos) que se acreditam estar relacionados com o deterioro cognitivo do sujeito (Maia, 2006). Cada um dos seis grupos de questões permite avaliar dimensões como: orientação, aprendizagem, linguagem, atenção e cálculo mental, raciocínio, memória imediata, denominação, repetição, compreensão de uma ordem escrita, (Gil, 2004; Maia, 2006), bem como, fluidez verbal, praxias ideomotoras e construtiva (cópia de um desenho), identificação de um desenho e a escrita (Gil, 2004). O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975 *cit. in* Groth-Marnat, 2000) é considerado um teste de rastreio cognitivo, de *screening* (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001; Mumenthaler & Mattle, 2004) foi construído para fornecer uma avaliação quantitativa do funcionamento cognitivo e detectar déficite cognitivo (Groth-Marnat, 2000; Rosselli, Ardila, Pradilla, Morillo, Bautista, Rey et al, 2000; Oscanoa, 2004). Este teste tem uma pontuação máxima de 30 pontos, por sua vez, uma pontuação igual ou inferior a 23 é já considerada a possível presença de demência (Mumenthaler & Mattle, 2004; Koch, Gürtler, Szecsey, 2003). Todavia, tem uma especificidade e sensibilidade limitada, como também tem várias contrariedades perante tipos específicos ou graus subtis de dificuldade cognitiva e portanto não pode ser aplicado com o intuito de substituir uma avaliação neuropsicológica, pois explora de modo insuficiente as capacidades visuoespaciais (Mumenthaler & Mattle, 2004).

### **TESTE DA FIGURA COMPLEXA DE REY**

Permite avaliar as capacidades de organização visuo-espacial, a capacidade práxia e visuo-motora, planeamento e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, bem como, memória (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Jamus & Mader, 2005). Consiste em uma figura geométrica complexa composta por um rectângulo grande, bissectores horizontais e verticais, duas diagonais, e

detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao rectângulo grande (Oliveira, Laranjeira & Jaeger, 2002; Jamus & Mader, 2005). Assim, é constituída por 18 unidades que juntas formam o todo da figura, sendo pontuadas de 0 a 36 pontos (Oliveira, Laranjeira & Jaeger, 2002). O objectivo é avaliar o modo como o indivíduo apreende os dados perceptivos que lhe são fornecidos e o que foi conservado espontaneamente pela memória. Observando a forma como o sujeito copia a figura pode-se conhecer até determinado ponto, a sua actividade perceptiva. A reprodução efectuada depois de tirado o modelo dá-nos indicação sobre o grau e fidelidade da sua memória visual que, deste modo pode comparar-se com o modo de percepção definido (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002; Oliveira, Laranjeira & Jaeger, 2002).

#### ESCALAS DE MEMÓRIA E PROCESSOS INTELECTUAIS DA BATERIA DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE LURIA-NEBRASKA

A Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska permite avaliar o funcionamento neuropsicológico (Maia, 2006). Esta bateria veio mostrar-se um método com forte base psicométrica, que fornece ao avaliador a oportunidade para realizar numerosas e pertinentes observações qualitativas em problemas (pois integra informação qualitativa), dificuldades que se caracterizam pela sua especificidade (Golden, Purish & Hammeke, 1995; Groth-Marnat, 2000). Permite ainda, uma medida global da disfunção cerebral, ao mesmo tempo que contempla a lateralidade e ajuda a localização de défices cerebrais focais. Actualmente, apresenta duas formas (Forma I e Forma II), em que a Forma I é constituída por 269 itens dos quais derivam 11 escalas clínicas: funções motoras, táctil, ritmo, processos visuais, linguagem receptiva, linguagem expressiva, leitura, escrita, aritmética, memória e processos intelectuais nas quais são desenvolvidas várias tarefas (Golden, Purish & Hammeke, 1995; Groth-Marnat, 2000; Maia, 2006). A Forma II, para além de ter sido concebida para uma cotação e interpretação em sistema multimédia (os dados podem ser introduzidos em uma matriz de resposta informatizada sendo produzido automaticamente um relatório com base em resultados previamente definidos), apresenta uma escala clínica adicional, nomeadamente a memória intermédia (Maia, 2006). Das escalas clínicas, derivam outras cinco escalas, particularmente as *patognomónica*, *hemisfério esquerdo*, *hemisfério direito*, *elevação do perfil* e *défice* (Maia, 2006). Para a metodologia, foram utilizadas as Escalas Memória e Processos Intelectuais (Christensen, 1979; Golden, Purish & Hammeke, 1995). Assim, o objectivo essencial de uma bateria neuropsicológica básica em pacientes com epilepsia é o de possibilitar a avaliação do desempenho cognitivo global, assim como a determinação das disfunções específicas de **atenção**, **memória**, **linguagem** e **funções executivas** que são os processos básicos para a construção e desenvolvimento das habilidades intelectuais (Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002).

#### WISC-III – ESCALA DE INTELIGÊNCIA DE WECHSLER PARA CRIANÇAS

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças e adolescentes (dos 6 aos 16 anos) é, actualmente, a principal referência, a melhor e a mais utilizada medida de inteligência de crianças e

adolescentes. Além disso, a sua aplicação constitui parte integrante na avaliação neuropsicológica compreensiva de crianças e adolescentes (Simões, 2002). Consiste em um instrumento de avaliação cognitiva de administração individual; trata-se de uma escala que assume o exercício e a avaliação da inteligência na sua natureza compósita, ou seja, pressupondo a capacidade intelectual dos indivíduos como um potencial decorrente da integração e ponderação de diversas habilidades e funções cognitivas (Simões, Santos, Albuquerque, Pereira, Almeida, Ferreira, *et al.* 1999). Esta prova serve ainda para estabelecer um padrão de comparação intra e interindividual e permite identificar um nível global de aptidão cognitiva (ou uma estimativa do potencial intelectual) e, assim, verificar se um desempenho pobre em um teste sugere a presença de um déficit cognitivo específico ou, pelo contrário, constitui evidencia de deficit intelectual generalizado (Simões, 2002).

#### **IACLIDE – INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO**

O IACLIDE é uma escala de auto-avaliação de tipo Likert que se destina a detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo. Formado por 23 questões diferentes, referem-se a perturbações de quatro tipos distintos: biológicas, cognitivas, inter-pessoais e de desempenho de tarefa (Vaz Serra, 1995; Costa Maia, 2001). Avaliam a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o organismo, consigo próprio, com os outros e com o trabalho (Vaz Serra, 1995). Considera o pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função de duas ocorrências: o número de sintomas presentes e a intensidade que cada um atinge na sua expressão. As diversas questões estão elaboradas de forma a registar a ausência ou a presença do sintoma e, neste último caso, a intensidade que atinge. Apresenta uma boa especificidade (a classificar deprimidos) e uma boa sensibilidade (a diferenciar normais de deprimidos) (Vaz Serra, 1995; Costa Maia, 2001). O IACLIDE foi utilizado com o objectivo de avaliar os níveis de sintomatologia depressiva, uma vez que a depressão, e de uma forma mais global, os distúrbios do humor, apresentou-se em grande co-morbilidade com diversas patologias neurológicas (Maia, 2006).

#### **CDI – INVENTARIO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS**

O CDI é o inventário de auto-avaliação mais comumente usado na avaliação da depressão junto de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. O CDI foi elaborado a partir do *Inventário de Depressão de Beck*. De igual modo, é de salientar que é constituído por 27 itens classificados numa escala de 3 pontos que oscila entre 0 (ausência de problema) a 2 (problema grave), relativamente a comportamentos experienciados ou manifestados nas duas semanas anterior à consulta (Simões, 1999; Costa Maia, 2001). Abrange um conjunto amplo de sintomas incluídos em itens que avaliam a disforia, o pessimismo, a auto-estima, a anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentir-se sem valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social, sintomas vegetativos (como perturbações do sono e do apetite, cansaço, queixas somáticas) (Andriola & Cavalcante, 1999; Simões, 1999; Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002).

## **QOLIE-31 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA**

De acordo com a literatura, o instrumento QOLIE-31 é a escala mais frequentemente utilizada e de fácil aplicação; tem 31 itens e 7 escalas, apresentando ainda um espaço para qualquer comentário que seja considerado pertinente. De igual modo, avalia os seguintes domínios: Preocupação com as crises epiléticas, Aspectos emocionais, Vitalidade, Sociabilidade, Efeitos adversos dos fármacos anti-epiléticos, Aspectos cognitivos, e Qualidade de vida global. (Alonso & Albuquerque, 2002; Silva, Marques, Alonso, Azevedo, Westphal-Guitti, Caboclo, *et al.*, 2006). As sub-escalas do QOLIE-31 podem agrupar-se em 2 factores: Efeitos Emocionais/Psicológicos (4 escalas) e Efeitos Médicos/Sociais (3 escalas) (Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Foi concebido para investigação ou prática clínica, na medida em que o clínico pode identificar novos problemas que puderam passar despercebidos em uma consulta de rotina, mas que estão claramente relacionados com a epilepsia ou o tratamento (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). A capacidade de avaliação da Qualidade de Vida desta escala permite fazer estudos e comparações entre pacientes com controlo total de crises com aqueles com grande impacto em várias dimensões (Silva, Marques, Alonso, Azevedo, Westphal-Guitti, Caboclo, *et al.*, 2006).

## **QOLIE-AD-48 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

O QOLIE-AD-48 foi validado em uma amostra de indivíduos entre os 11 e os 17 anos com epilepsia activa, os seus domínios e itens são provenientes de diferentes fontes, nomeadamente SF-36, questões provenientes de grupos de adolescentes com epilepsia, experiência de profissionais de saúde que trabalham com esta população, revisão de literatura, diversos instrumentos de avaliação (Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Este instrumento é constituído por 48 itens e 8 sub-escalas – Impacto da Epilepsia, Memória/Concentração, Atitudes, Funcionamento Físico, Estigma, Apoio Social, Comportamento Escolar e Percepções de Saúde; estando dividido em 2 secções: geral e específica da epilepsia. Existem ainda 3 itens opcionais extra (excluídos estatisticamente) (Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Consiste em um instrumento sensível e compreensivo para a avaliação da Qualidade de Vida de adolescentes com epilepsia, que pode facilitar comparações com adolescentes com outras doenças crónicas (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002).

## **WHOQOL – ABREVIADO – QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA**

Este instrumento avalia seis domínios da Qualidade de Vida relacionados com a saúde: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, aspectos do meio ambiente e crenças pessoais/religião. De igual modo, é constituído por 26 questões que reflectem questões consideradas importantes para cada um dos domínios transcritos no parágrafo anterior. Importa referir que duas questões são dedicadas a aspectos subjectivos da “qualidade de vida global e saúde” e as demais

representam cada uma das 24 facetas. Todas as respostas são compostas por uma escala graduada (tipo Likert) com pontuações que variam de um a cinco pontos (Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes & Chor, 2006). Neste instrumento os domínios são avaliados de acordo com a percepção do próprio indivíduo sobre como ele se está a sentir (nas últimas duas semanas) relativamente a aspectos da saúde global, bem como sentimentos positivos e negativos (Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes & Chor, 2006).

## **PROCEDIMENTO**

Inicialmente foram realizadas diversas reuniões para definir e averiguar a pertinência do tema da avaliação das funções cognitivas, do humor e qualidade de vida de enfermos com Epilepsia. Foi organizada a utilização das instalações da Consulta de Neuropsicologia Clínica, no referido hospital. Como estagiária do hospital, a acção enquadrou-se nas consultas normais do Serviço de Neurologia. Quanto à administração das provas, primeiramente, informamos ao sujeito da finalidade do estudo solicitando o seu consentimento informado para participar no mesmo. Prosseguiu-se com a realização da anamnese, para obter informação acerca dos dados sócio-demográficos do sujeito (idade, escolaridade, profissão, história familiar, *etc.*). Reunidas as condições adequadas para a avaliação, iniciou-se os procedimentos previstos. As sessões eram individuais (em casos de menores de idade estava presente o/a pai/mãe) e foram realizadas numa sala de consultas clínicas, no *Serviço de Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica* no Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã. Os sujeitos com Epilepsia eram remetidos por neurologistas do Serviço de Neurologia do referido hospital. A duração de cada sessão é de aproximadamente 90 minutos; e cada sujeito normal realiza duas sessões de avaliação, preferivelmente com um intervalo de tempo de 3 a 7 dias, para tentar reduzir um possível enfiamento relacionado com flutuações de humor, desmotivação, *etc.*, e para garantir uma avaliação o mais próxima possível no tempo. Por sua vez, e de uma forma geral, os pacientes com Epilepsia necessitam 3 a 4 sessões de avaliação.

A ordem da administração das diferentes provas é a mesma para todos os sujeitos:

**Primeira sessão:** Informação da finalidade do estudo e obtenção de consentimento informado; Anamnese; MMSE; Teste da Figura Complexa de Rey. O teste IACLIDE é explicado ao paciente e requerido que o trouxesse preenchido na sessão seguinte (o objectivo deste procedimento é que o sujeito responda às questões de forma sossegada e num ambiente mais acolhedor que um serviço hospitalar). Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Escala C10) no caso de adultos; em crianças e adolescentes administra-se a Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III).

**Segunda sessão:** Continuação da aplicação da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Escala C11) ou da WISC-III; Aplicação do Questionário da Qualidade de Vida. Todos os dados obtidos são registados e classificados num arquivo individual, para a sua posterior correcção e análise.

Inicialmente, utilizou-se o **TESTE NÃO PARAMÉTRICO MANN-WHITNEY U** (*Two Independent Samples Test*), de forma a testar as diferenças significativas na amostra em estudo bem como, analisar os seus desempenhos nas diferentes provas. Torna-se fundamental referir que, recorreu-se a um **teste não – Paramétrico**, devido ao não cumprimento dos três critérios base, nomeadamente não ser variável numérica; a distribuição dessa mesma variável não é Normal; e a variância é suficientemente grande, que em função dos números de casos que se criam verifica-se, por exemplo um desvio padrão de 17,177.

Na elaboração dos vários quadros para além do teste não-paramétrico supramencionado utilizou-se um **Crosstabs**, com análise de **Chi Quadrado** de todas as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas, ou seja, que tinham um valor inferior ao nível de significância (95%).

#### **DADOS DESCRITIVOS DA AMOSTRA**

Na Tabela 1 apresenta-se o emparelhamento realizado com os pacientes de Epilepsia (**casos**) e os sujeitos normais (**controles**), devidamente identificados pelo seu número de entrada na base de dados do SPSS, de acordo com as variáveis *idade* ( $\pm 3$  anos), *escolaridade* ( $\pm 3$  anos), *sexo* e *patologia ou normal*. Pela análise da Tabela 1 verifica-se que dos 26 sujeitos analisados, relativamente à variável sexo, a amostra é constituída por 6 sujeitos Masculinos (23,1%) e 20 sujeitos femininos (76,9%). Por sua vez, maioritariamente os sujeitos possuem a escolaridade obrigatória (53,8%), enquanto que 30,8% possuem até a 4ª classe e por fim, somente 15,4% apresentam frequência universitária. Como se trata de um estudo emparelhado entre um grupo patológico (casos) e um grupo normal (controlo) a amostra está dividida em 50% para cada grupo. Relativamente à idade categorizada, a maioria dos sujeitos (80,8%) apresentam uma idade superior aos 14 anos, e os restantes 19,2% apresentam uma idade até aos 14 anos.

**Tabela 1.** Emparelhamento de 13 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controles), de acordo com as variáveis sexo, escolaridade ( $\pm 3$  anos), patologia ou normal e idade categorizada ( $\pm 3$  anos)

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem
Sexo	Masculino	6	23.1	23.1	23.1
	Feminino	20	76.9	76.9	100.0
	Total	26	100.0	100.0	
Escolaridade	Até 4ª Classe	8	30.8	30.8	30.8
	Até Escolaridade Obrigatória	14	53.8	53.8	100.0
	Frequência Universitária	4	15.4	15.4	100.0
	Total	26	100.0	100.0	
Patologia ou Normal	Normal	13	50.0	50.0	50.0
	Patologia	13	50.0	50.0	100.0
	Total	26	100.0	100.0	
Idade Categorizada	Até 14 anos	5	19.2	19.2	19.2
	Superior a 14 anos	21	80.8	80.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Na Tabela 2 apresentam-se os valores estatísticos das pontuações obtidas pelos 26 sujeitos avaliados. Assim, foram calculadas as estatísticas descritivas simples, média e desvio padrão. Quando se compara a idade dos sujeitos emparelhados, verifica-se que a idade média dos 13 sujeitos do grupo

patológico é de 33,08% com um desvio padrão de 17,505; sendo a idade média para os sujeitos normais de 34,46% e desvio padrão de 17,529 (Tabela 2). Na Tabela 3 verifica-se que, apesar do emparelhamento as diferenças entre a idade apresentam-se como estatisticamente significativas ( $t = -2,289$ ;  $p = 0,041$ ).

**Tabela 2.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (Casos) com sujeitos normais (controlos), de acordo com a variável idade ( $\pm 3$  anos)

		Média	N	Desvio Padrão	Erro Médio Típico
Par 1	Idade	33,08	13	17,505	4,855
	Normal Idade	34,46	13	17,529	4,862

**Tabela 3.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Teste t para as diferenças médias na variável idade

	Diferenças emparelhadas					T	df	Sig. (2-tailed)
	Média	Desvio Padrão	Erro médio típico	Intervalo de confiança da diferença a 95%				
				Infer.	Super.			
Idade - Normal Idade	-1,385	2,181	,605	-2,703	-,067	-2,289	12	,041

Na Tabela 4 apresentam-se os valores estatísticos das pontuações obtidas pelos 26 sujeitos (patológicos e normativos). Foram calculadas as estatísticas descritivas simples (média e desvio padrão) verificando-se assim que a média de idade dos sujeitos da amostra é de 33,77% com desvio padrão de 17,177 e uma variância de um valor mínimo de 8 anos de idade e um máximo de 64 anos de idade. Neste sentido, convencionou-se utilizar um valor médio da amostra como valor *cut off* para a distinção da categoria de idades (até 14 anos e superior a 14 anos). No desempenho dos sujeitos no **MMSE**, verifica-se que a média dos resultados é de 28,42% com desvio padrão de 2,419 e uma variância de um valor mínimo de 21 pontos e um máximo de 30 pontos. Relativamente ao teste da **Figura Complexa de Rey (FCR)**, verifica-se que o desempenho dos sujeitos vê-se melhorado na tarefa de cópia e não por reprodução. Particularmente, os sujeitos na cópia apresentam uma média de 32,67% com desvio padrão de 7,1595 e uma variância que atinge um valor máximo de 36 pontos e um mínimo de 10,50. Por sua vez, na reprodução por memória apresentam uma média inferior de 20,62% com desvio padrão de 9,933 e uma variância que vai de um valor nulo até 34,00. Verifica-se ainda as várias dimensões do **IACLIDE** embora somente a Dimensão Interpessoal com média de 5,523% com desvio padrão de 21,67 apresente diferenças estatisticamente significativas ( $U = 13,000$ ;  $p = 0,065$ ). A nível das dimensões da qualidade de vida no grupo patológico (**QOLIE-31**) destaca-se a dimensão estatisticamente significativa, nomeadamente Incapacidade para a vida social ( $U = 8,000$ ;  $p = 0,022$ ). Por sua vez, relativamente à avaliação da qualidade de vida no grupo normal (**WHOQOL-brief**) podemos referir que os resultados das Dimensões Física e Psicológica encontram-se estatisticamente significativas ( $U = 0,000$ ;  $p = 0,030$  e  $U = 0,500$ ;  $p = 0,030$ , respectivamente). Também na tabela 4 verificam-se as respectivas médias e desvio padrão das escalas **memória** e **processos intelectuais** (crianças e adultos) todavia, os resultados apresentados não são estatisticamente significativos.

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas simples no cálculo de todas as variáveis do estudo

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	26	33,77	17,177	8	64

Mini Mental State Examination	26	28,42	2,419	21	30
Figura Complexa de Rey – Cópia	26	32,6731	7,15953	10,50	36,00
Riqueza e Exactidão da Cópia	26	32,08	4,569	19	36
Tempo de Cópia	26	48,85	24,013	10	100
Figura Complexa de Rey – Memória	26	20,6154	9,93308	0,00	34,00
Riqueza e Exactidão da reprodução de memória	25	20,40	9,028	0	35
Tempo da reprodução	26	54,23	28,203	0	100
Dimensão Biológica	21	6,03968	21,552772	0,000	100,000
Dimensão Cognitiva	21	5,70476	21,630060	0,000	100,000
Dimensão Interpessoal	21	5,52381	21,669893	0,000	100,000
Dimensão Desempenho de Tarefa	20	1,07500	1,144495	0,000	4,000
F1	20	2,28250	4,790053	-0,018	22,010
F2	20	0,63625	1,049380	-0,480	3,179
F3	20	0,81415	0,948513	-0,616	2,846
F4	20	0,74070	0,952041	-0,832	3,109
F5	20	0,85660	1,213133	-0,286	3,630
Incapacidade para a vida em geral	20	0,88535	0,962006	-0,166	3,403
Incapacidade para o trabalho	20	1,24170	0,608716	0,000	2,478
Incapacidade para a vida social	20	1,84470	1,109421	0,000	4,707
Incapacidade para a vida de família	20	1,19545	0,710491	0,000	3,232
Pontuação Total no IACLIDE	20	24,65	23,132	0	83
Pontuação Total no CDI	5	9,20	2,775	5	12
Aspectos emocionais	10	63,7500	22,79894	37,50	100,00
Vitalidade	10	52,0000	21,82761	24,00	80,00
Sociabilidade	10	52,0000	25,94867	10,00	95,00
Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos	10	41,1640	22,21327	13,33	83,33
Aspectos cognitivos	10	70,0000	34,49403	0,00	100,00
Qualidade de vida global	10	63,7750	23,93204	25,00	100,00
Pontuação Global	10	54,6230	15,84714	29,72	76,15
Impacto da Epilepsia	0				
Memória/Concentração	0				
Atitudes	0				
Funcionamento Físico	0				
Estigma	0				
Apoio Social	0				
Comportamento Escolar	0				
Percepção de Saúde	0				
Pontuação Global	0				
Dimensão Física	12	25,67	4,539	17	34
Dimensão Psicológica	12	21,83	2,657	16	26
Dimensão Relações Sociais	12	10,83	1,267	8	12
Dimensão Meio Ambiente	12	26,17	1,801	24	28
Dimensão Global	12	7,33	1,073	5	9
Pontuação Total Qualidade de Vida	12	91,25	8,812	78	108
Escala Memória	20	8,65	5,770	1	23
Escala Processos Intelectuais	20	27,55	8,363	15	42
Informação	6	15,33	4,131	8	19
Semelhanças	6	17,83	6,369	10	27
Complemento de Gravuras	6	23,83	3,061	21	28
Memória de Dígitos	6	12,83	2,858	8	16
Pontuação total WISC – Escalas Memória	6	39,67	11,147	21	52
Pontuação total WISC – Escalas Processos Intelectuais	6	41,67	7,763	31	51
Aritmética	6	11,50	5,394	5	19
Patologia ou normal	26	1,50	0,510	1	2

/// Missings, devido à não avaliação das dimensões apresentadas

*Procedeu-se à elaboração do Teste t para amostras independentes, de forma a comparar as médias da variável Idade Categorizada, Sexo, Escolaridade Categorizada, e Patologia categorizada, tendo em conta o desempenho dos sujeitos nas várias provas. Para este procedimento definiu-se grupos, devido a consistirem em variáveis categoriais, utilizando valores específicos.* Pela análise da Tabela 5 pode-se observar as variáveis que apresentam resultados estatisticamente significativos. Na avaliação das diferenças  $t$ , comparando o desempenho dos sujeitos (Grupo Normal ou Patologia) nos diferentes testes verifica-se que no MMSE existem resultados estatisticamente significativos ( $U= 31,500$ ;  $p= 0,05$ ) bem como, na avaliação do humor (IACLIDE) destacam-se aquelas que apresentam justamente resultados estatisticamente significativos, assim temos, a Dimensão Cognitiva (DC) ( $U= 15,500$ ;  $p= 0,04$ ), Dimensão Interpessoal (DI) ( $U= 26,000$ ;  $p= 0,043$ ), e Dimensão Desempenho de tarefa (DDT) ( $U= 19,500$ ;  $p= 0,019$ ), os factores F1 ( $U= 24,000$ ;  $p=0,052$ ), F2 ( $U= 15,000$ ;  $p= 0,07$ ) e F3 ( $U= 20,000$ ;  $p= 0,023$ ). Ainda quando se compara Patologia e Normal verifica-se que três dimensões pertencentes ao QOLIE-31 apresentam resultados a relevar estatisticamente, nomeadamente

Incapacidade para a vida em geral (IVG) ( $U= 16,000$ ;  $p= 0,09$ ), Incapacidade para a vida social (IVS) ( $U= 21,000$ ;  $p= 0,029$ ) e Incapacidade para a vida de família (IVF) ( $U= 17,000$ ;  $p= 0,011$ ). Por sua vez, na avaliação do desempenho dos sujeitos nas escalas da memória e processos intelectuais, somente se evidencia a nível estatístico os resultados relativos à escala memória ( $U= 19,000$ ;  $p= 0,019$ ).

**Tabela 5.** Mann-Whitney para a comparação numérica entre Patologia e Normal

	MMSE	DC	DI	DDT	F1	F2	F3	IVG	IVS	IVF	Escala Memória
Mann-Whitney U	31,500	15,500	26,000	19,500	24,000	15,000	20,000	16,000	21,000	17,000	19,000
Wilcoxon W	122,500	70,500	81,000	74,500	79,000	70,000	75,000	71,000	76,000	72,000	74,000
Z	-2,895	2,796	-2,107	-2,332	-1,965	-2,646	-2,268	-2,571	-2,192	-2,496	-2,350
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,004	0,005	0,035	0,020	0,049	0,008	0,023	0,010	0,028	0,013	0,019
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,005 ^a	0,004 ^a	0,043 ^a	0,019 ^a	0,052 ^a	0,007 ^a	0,023 ^a	0,009 ^a	0,029 ^a	0,011 ^a	0,019 ^a

Na avaliação das diferenças  $t$ , comparando os sujeitos por grupo Sexo (masculino e feminino), analisa-se as estatísticas descritivas para amostras independentes. E tal como na variável Idade categorizada, considerou-se apenas os resultados em que as diferenças apresentaram-se estatisticamente significativas, todas as outras não se configuram como números e sendo assim não foram consideradas. Assim, ao analisarmos atentamente a Tabela 6, identifica-se a Dimensão desempenho de tarefa com média 1,0750% e desvio padrão de 1,1444 ( $U= 6,000$ ;  $p= 0,011$ ), factor F1 cuja média corresponde a 2,28% e desvio padrão de 4,7900 ( $U= 2,000$ ;  $p= 0,02$ ) e incapacidade para a vida social ( $U= 8,000$ ;  $p= 0,022$ ) pertencentes ao IACLIDE que apresenta uma média de 1,845% e desvio padrão de 1,109 (Tabela 6). De igual modo, outros resultados estatisticamente significativos correspondem às dimensões da qualidade de vida para normativos (WHOQOL-brief), especificamente a dimensão física com média de 25,67% e desvio padrão 4,539 ( $U= 0,000$ ;  $p= 0,030$ ) e psicológica cuja média corresponde a 21,83% e desvio padrão de 2,657 ( $U= 0,500$ ;  $p= 0,030$ ).

**Tabela 6.** Mann-Whitney para a comparação numérica entre Idade e testes administrados

	Idade	Dimensão Desempenho de Tarefa	F1	Incapacidade para a vida social	Dimensão Física	Dimensão Psicológica
Mann-Whitney U	24,500	19,500	24,000	21,000	17,000	19,000
Wilcoxon W	45,500	74,500	79,000	76,000	72,000	74,000
Z	-2,163	-2,332	-1,965	-2,192	-2,496	-2,350
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,031	0,020	0,049	0,028	0,013	0,019
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,028 ^a	0,019 ^a	0,052 ^a	0,029 ^a	0,011 ^a	0,019 ^a

Primeiramente, através do **Teste Mann-Whitney** (teste não paramétrico), avaliam-se as diferenças  $T$  comparando os sujeitos por grupo de idade (idade categorizada), analisando estatísticas descritivas para amostras independentes. Pela análise dos resultados brutos global dos sujeitos verifica-se que no **MMSE** a média do percentil até 14 anos é de 13,40%, sendo inferior à média do percentil superior a 14 anos, 13,52%, o que não se configura em resultado significativo com  $U= 52,000$ ;  $p= 1,000$ . No teste **Figura Complexa de Rey** verifica-se o mesmo padrão de resultados do parágrafo anterior. Ou seja, nas provas “*figura complexa de rey – cópia*” e “*riqueza e exactidão da cópia*”, a média do percentil até 14 anos é de 10,70% e 9,20%, respectivamente, sendo inferior à média do percentil superior a 14 anos, 14,17% e 14,52%, respectivamente, o que se não se configura em resultado significativo com  $U= 38,500$ ;  $p= 0,374$  (FCR – cópia), e  $U= 31,000$ ;  $p= 0,178$  (riqueza e exactidão da cópia) não sendo estatisticamente significativo. Relativamente ao desempenho dos sujeitos no teste da

*figura complexa de rey* por memória, a média do percentil até 14 anos é inferior à média do percentil superior a 14 anos. Todavia, esta diferença não se configura em resultado significativo. Quando analisamos a dimensão do **Humor**, através dos resultados obtidos no *IACLIDE* (adultos – superior aos 14 anos) e *CDI* (crianças – até aos 14 anos), verificamos que as várias dimensões, factores e incapacidades do *IACLIDE* apresentam a mesma média quer a nível inferior e/ou superior dos 14 anos. Estes resultados poderão estar directamente relacionados com o facto de ser ter recorrido a diferentes testes para avaliar o mesmo constructo, ou seja, ao comparar-se os dois grupos de idades os resultados ou não são estatisticamente significativos ou são nulos pois não se utilizou o mesmo teste para ambos os grupos de idades. Para a dimensão **qualidade de vida**, verifica-se novamente alguns resultados nulos para o grupo de idades “até 14 anos de idade” dado que, para o grupo patológico com esta faixa etária não se administrou nenhum teste para avaliar esta dimensão. Por sua vez, para o grupo patológico (casos) com a faixa etária “superior aos 14 anos” utilizou-se um determinado teste específico para a patologia em questão; todavia, não se torna possível efectuar qualquer tipo de comparação entre os dois grupos de idades tendo em conta que um dos grupos não foi alvo de avaliação. Relativamente ao grupo normal (controlo), foi administrado o mesmo teste de avaliação da qualidade de vida aos 12 sujeitos (com excepção de um); assim, nas várias dimensões da qualidade de vida a média do grupo “até 14 anos” é superior à média do grupo “superior aos 14 anos” com excepção da dimensão física e global; embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Particularmente, na *dimensão física* o grupo “até 14 anos” apresenta uma média de 9,00% e o grupo “superior a 14 anos” de 6,27%, o que se não se configura em resultado significativo com  $U= 3,000$ ;  $p= 0,667$ . Por sua vez, na dimensão psicológica o grupo “até 14 anos” manifesta uma média inferior (4,50%) ao grupo “superior aos 14 anos” (6,68%), embora não haja diferença estatisticamente significativa (*Teste*  $U= 3,500$ ;  $p= 0,667$ ). Quanto às duas variáveis seguintes (*dimensão das relações sociais* e *dimensão meio ambiente*), verifica-se o mesmo padrão de desempenho em ambos os grupos etários realçando que, novamente, o grupo “superior aos 14 anos” tem uma média superior ao grupo “até aos 14 anos” (10,00% e 6,18%, respectivamente), não se evidenciando contudo, resultados significativos (*Teste*  $U= 2,000$ ;  $p= 0,500$ ). Ao analisarmos as médias relativas às provas de **memória** e **processos intelectuais**, especificando os grupos etários, não se torna possível estabelecer qualquer tipo de comparação entre os dois grupos etários dado que, os sujeitos pertencentes ao grupo “até aos 14 anos” não foram sujeitos ao mesmo tipo de prova, daí os resultados nulos. Todavia, nas últimas escalas (informação, semelhanças, complemento de gravuras e memória de dígitos) verifica-se que a média do percentil até 14 anos é inferior à média do percentil superior a 14 anos (com única excepção da memória de dígitos), contudo não se configuram resultados significativos (*Teste*  $U= 2,000$ ;  $p= 1,000$ ). A tabela 7 permite-nos verificar que as variáveis, MMSE e Figura Complexa de Rey Cópia e Memória, Riqueza e Exactidão da cópia e reprodução, e Tempo da Reprodução (com excepção do tempo de cópia) encontram-se fortemente correlacionadas de forma positiva, com valor

de *Pearson* de 0,743 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000 para MMSE e figura complexa de rey – cópia. Para riqueza e exactidão da cópia e MMSE o valor de *Pearson* de 0,446 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,023; com valor de *Pearson* de 0,604 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001 para MMSE e figura complexa de rey por memória; com valor de *Pearson* de 0,557 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,004 para MMSE e riqueza e exactidão da reprodução por memória; e, com valor de *Pearson* de 0,553 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,003 para MMSE e tempo da reprodução. Todavia, torna-se fundamental referir, que a variável Idade com as variáveis MMSE e Figura complexa de rey não se encontram correlacionadas.

**Tabela 7.** Correlação de Pearson entre o MMSE e Figura Complexa de Rey com as suas vertentes

		MMSE	FCR - Cópia	Riqueza e Exactidão da Cópia	Tempo de Cópia	FCR - Memória	Riqueza e Exactidão da reprodução de memória	Tempo da reprodução
Mini Mental State Examination	Pearson Correlation	1	,743(**)	,446(*)	,143	,604(**)	,557(**)	,553(**)
Figura Complexa de Rey – Cópia	Pearson Correlation	,743(**)	1	,782(**)	-,066	,748(**)	,796(**)	,338
Riqueza e Exactidão da Cópia	Pearson Correlation	,446(*)	,782(**)	1	-,121	,652(**)	,663(**)	,143
Tempo de Cópia	Pearson Correlation	,143	-,066	-,121	1	,162	,003	,331
Figura Complexa de Rey – Memória	Pearson Correlation	,604(**)	,748(**)	,652(**)	,162	1	,740(**)	,101
Riqueza e Exactidão da reprodução de memória	Pearson Correlation	,557(**)	,796(**)	,663(**)	,003	,740(**)	1	,157
Tempo da reprodução	Pearson Correlation	,553(**)	,338	,143	,331	,101	,157	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Ao analisar a Tabela 8 verifica-se que a idade e a dimensão biológica e cognitiva apresentam uma correlação negativa em que quanto maior o valor numa das variáveis em causa menor era a outra variável a relacionar; verificando-se assim, uma correlação inversa com valor de *Pearson* de -0,453 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,039 para a dimensão biológica; e com valor de *Pearson* de -0,452 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,039 para a dimensão cognitiva. Em contrapartida, a idade e a dimensão desempenho de tarefa apresentam uma correlação positiva, apresentando assim um valor de *Pearson* de 0,497 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,026. Torna-se possível ainda, verificar as várias dimensões inerentes ao mesmo teste na medida em que, ao analisarmos a dimensão biológica (DB) aferimos que esta mesma variável possui uma correlação positiva com diversas dimensões e factores do mesmo teste (*IACLIDE*) nomeadamente dimensão cognitiva (DC) (*Pearson*=1,000;  $\rho$ =0,000), interpessoal (DI) (*Pearson*=0,680;  $\rho$ =0,01), e desempenho de tarefa (DDT) (*Pearson*=0,826;  $\rho$ =0,000), factores F2 (*Pearson*=0,762;  $\rho$ =0,000), F3 (*Pearson*=0,889;  $\rho$ =0,000), F4 (*Pearson*=0,645;  $\rho$ =0,002), e F5 (*Pearson*=0,738;  $\rho$ =0,000). Assim, verifica-se uma correlação directa entre as dimensões e factores supramencionados.

**Tabela 8.** Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões e Factores do IACLIDE

		Idade	DB	DC	DI	DDT	F1	F2	F3	F4	F5
Idade	Pearson Correlation	1	-,453(*)	-,452(*)	-,392	,497(*)	,287	,255	,279	,051	,011
Dimensão Biológica	Pearson Correlation	-,453(*)	1	1,000(**)	,680(**)	,826(**)	,065	,762(**)	,889(**)	,645(**)	,738(**)
Dimensão Cognitiva	Pearson Correlation	-,452(*)	1,000(**)	1	,812(**)	,913(**)	,288	,927(**)	,873(**)	,712(**)	,566(**)
Dimensão Interpessoal	Pearson Correlation	-,392	,680(**)	,812(**)	1	,813(**)	,308	,771(**)	,528(*)	,750(**)	,235
Dimensão Desempenho de Tarefa	Pearson Correlation	,497(*)	,826(**)	,913(**)	,813(**)	1	,350	,809(**)	,786(**)	,615(**)	,358
F1	Pearson Correlation	,287	,065	,288	,308	,350	1	,281	-,004	,192	-,157
F2	Pearson Correlation	,255	,762(**)	,927(**)	,771(**)	,809(**)	,281	1	,733(**)	,628(**)	,496(*)
F3	Pearson Correlation	,279	,889(**)	,873(**)	,528(*)	,786(**)	-,004	,733(**)	1	,471(*)	,621(**)
F4	Pearson Correlation	,051	,645(**)	,712(**)	,750(**)	,615(**)	,192	,628(**)	,471(*)	1	,352
F5	Pearson Correlation	,011	,738(**)	,566(**)	,235	,358	-,157	,496(*)	,621(**)	,352	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Ao analisarmos a tabela 9, salientamos as correlações positivas e directas entre as várias incapacidades do mesmo teste (*IACLIDE*) e a sua pontuação total. Particularmente, a incapacidade

para a vida em geral apresenta uma correlação positiva com a incapacidade para o trabalho ( $Pearson=0,640$ ;  $\rho=0,002$ ), incapacidade para a vida social ( $Pearson=0,925$ ;  $\rho=0,000$ ), incapacidade para a vida familiar ( $Pearson=0,903$ ;  $\rho=0,000$ ) e pontuação total no IACLIDE ( $Pearson=0,976$ ;  $\rho=0,000$ ). Tal como se verifica na tabela anterior (15), as dimensões, factores e incapacidades inerentes ao teste IACLIDE estão fortemente correlacionadas positivamente entre elas (com única excepção do Factor F1).

**Tabela 9.** Correlação de Pearson entre a Idade e as Incapacidades do IACLIDE bem como, a Pontuação Total no IACLIDE e CDI

		Idade	Incap. VG	Incap. T	Incap. VS	Incap. VF	P. T. IACLIDE	P. T. CDI
Idade	Pearson Correlation	1	,339	,224	,442	,436	,386	-,053
Incapacidade para a vida em geral	Pearson Correlation	,339	1	,640(**)	,925(**)	,903(**)	,976(**)	.(a)
Incapacidade para o trabalho	Pearson Correlation	,224	,640(**)	1	,721(**)	,764(**)	,650(**)	.(a)
Incapacidade para a vida social	Pearson Correlation	,442	,925(**)	,721(**)	1	,908(**)	,968(**)	.(a)
Incapacidade para a vida de família	Pearson Correlation	,436	,903(**)	,764(**)	,908(**)	1	,903(**)	.(a)
Pontuação Total no IACLIDE	Pearson Correlation	,386	,976(**)	,650(**)	,968(**)	,903(**)	1	.(a)
Pontuação Total no CDI	Pearson Correlation	-,053	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

a Não pode ser calculado porque, pelo menos, uma das variáveis é constante.

Quando se analisa a tabela 10, nomeadamente a relação entre a idade e as dimensões da avaliação da qualidade de vida na Epilepsia (*QOLIE-31*) verifica-se que, para determinadas dimensões ocorrem correlações negativas nomeadamente Sociabilidade ( $Pearson -0,834$ ;  $\rho=0,003$ ), Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $Pearson= -0,863$ ;  $\rho=0,001$ ) e Pontuação Global do questionário ( $Pearson= -0,763$ ;  $\rho=0,010$ ). Assim, entre as referidas dimensões existe uma relação inversa entre elas na medida em que, quando uma variável aumenta a outra diminui. Todavia, a dimensão Aspectos emocionais apresenta uma correlação positiva com a Pontuação global do questionário ( $Pearson=0,851$ ;  $\rho=0,002$ ) tal como a dimensão Vitalidade ( $Pearson=0,788$ ;  $\rho=0,007$ ) embora esta apresente o mesmo tipo de correlação também com as dimensões Sociabilidade ( $Pearson=0,871$ ;  $\rho=0,001$ ) e Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $Pearson=0,754$ ;  $\rho=0,012$ ). Por sua vez, a dimensão Sociabilidade apresenta correlações positivas e negativas de acordo com outras dimensões em questão; assim, para além das já referidas, ostenta correlação negativa com as variáveis Idade ( $Pearson= -0,834$ ;  $\rho=0,003$ ) e Aspectos Cognitivos ( $Pearson= -0,710$ ;  $\rho=0,021$ ) através de uma relação inversa. De igual modo, a mesma dimensão (Sociabilidade) apresenta ainda, correlação positiva e directa com as variáveis Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $Pearson=0,949$ ;  $\rho=0,000$ ) e Pontuação Global ( $Pearson=0,872$ ;  $\rho=0,001$ ). Relativamente à dimensão Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos, esta para além das correlações supramencionadas, ostenta ainda uma relação negativa e inversa com a variável Idade ( $Pearson= -0,863$ ;  $\rho=0,001$ ) e dimensão Aspectos Cognitivos ( $Pearson= -0,692$ ;  $\rho=0,027$ ); e, uma correlação positiva e directa com a variável Pontuação Global ( $Pearson=0,871$ ;  $\rho=0,001$ ).

**Tabela 10.** Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões do QOLIE-31 (qualidade de vida na Epilepsia)

		Idade	Asp. Emoc	Vitalidade	Sociabilidade	El. Adv. fármacos anti-epilépticos	AC	QVG	PG
Idade	Pearson Correlation	1	-,496	-,579	-,834(**)	-,863(**)	,630	-,411	-,763(*)
Aspectos emocionais	Pearson Correlation	-,496	1	,543	,573	,627	-,107	,527	,851(**)
Vitalidade	Pearson Correlation	-,579	,543	1	,871(**)	,754(*)	-,541	,382	,788(**)
Sociabilidade	Pearson Correlation	-,834(**)	,573	,871(**)	1	,949(**)	-,710(*)	,316	,872(**)
Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos	Pearson Correlation	-,863(**)	,627	,754(*)	,949(**)	1	-,692(*)	,259	,871(**)
Aspectos cognitivos	Pearson Correlation	,630	-,107	-,541	-,710(*)	-,692(*)	1	-,040	-,451

Qualidade de vida global	Pearson Correlation	-.411	,527	,382	,316	,259	-.040	1	,628
Pontuação Global	Pearson Correlation	-.763(*)	,851(**)	,788(**)	,872(**)	,871(**)	-.451	,628	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Ao analisar a tabela 11 verificamos quais as dimensões da *qualidade de vida* no grupo Normal que estão directa ou inversamente correlacionadas com determinadas variáveis em questão. Assim, verifica-se que a dimensão física apresenta uma correlação positiva com outras variáveis do mesmo questionário, nomeadamente com a dimensão meio ambiente ( $Pearson=0,808$ ;  $\rho=0,001$ ), dimensão global ( $Pearson=0,678$ ;  $\rho=0,015$ ) e com a pontuação total da qualidade de vida ( $Pearson=0,957$ ;  $\rho=0,00$ ). Neste sentido, como as referidas variáveis apresentam uma relação positiva, então o resultado de uma influencia directamente o resultado da outra variável em questão. Por sua vez, a dimensão psicológica somente se encontra correlacionada positivamente com a pontuação global do questionário ( $Pearson=0,732$ ;  $\rho=0,007$ ). Relativamente à dimensão meio ambiente, para além da correlação com a dimensão física já supramencionada, revela essa mesma correlação directa com a pontuação global ( $Pearson=0,816$ ;  $\rho=0,001$ ). Assim, torna-se possível ostentar que a variável pontuação total da qualidade de vida é aquela que mais correlações positivas apresenta com as outras variáveis em questão.

**Tabela 11.** Correlação de Pearson entre a Idade e as Dimensões do WHOQOL-brief (qualidade de vida nos normativos)

		Idade	DF	DP	DRS	DMA	DG	PT QV
Idade	Pearson Correlation	1	-.335	-.219	,147	-.440	-.014	-.369
Dimensão Física	Pearson Correlation	-.335	1	,575	,400	,808(**)	,678(*)	,957(**)
Dimensão Psicológica	Pearson Correlation	-.219	,575	1	,369	,557	,436	,732(**)
Dimensão Relações Sociais	Pearson Correlation	,147	,400	,369	1	,252	-.089	,435
Dimensão Meio Ambiente	Pearson Correlation	-.440	,808(**)	,557	,252	1	,533	,816(**)
Dimensão Global	Pearson Correlation	-.014	,678(*)	,436	-.089	,533	1	,654(*)
Pontuação Total Qualidade de Vida	Pearson Correlation	-.369	,957(**)	,732(**)	,435	,816(**)	,654(*)	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Relativamente às correlações existentes entre a variável idade e as escalas de memória e processos intelectuais e analisando a tabela 12, verifica-se que a idade está directamente correlacionada com a sub-escala informação ( $Pearson=0,828$ ;  $\rho=0,042$ ) e pontuação total WISC das escalas relativas aos processos intelectuais ( $Pearson=0,831$ ;  $\rho=0,041$ ). Por sua vez, a escala memória (LNNB) apresenta uma correlação positiva e directa com a escala dos processos intelectuais ( $Pearson=0,787$ ;  $\rho=0,000$ ) e vice-versa. Quanto às sub-escalas relativas à escala memória (WISC-III), e tendo em conta a tabela 17, denota-se que a sub-escala Informação apresenta uma correlação positiva com a variável idade ( $Pearson=0,828$ ;  $\rho=0,042$ ), e tal como a sub-escala Aritmética ostenta ainda uma correlação positiva com a sub-escala Semelhanças ( $Pearson=0,839$ ;  $\rho=0,037$ ) e pontuação total WISC – escalas memória e processos intelectuais ( $Pearson=0,893$ ;  $\rho=0,017$  e  $Pearson=0,840$ ;  $\rho=0,036$ , respectivamente). Relativamente à sub-escala memória de dígitos, esta apresenta correlação positiva com a pontuação total da escala a que pertence ( $Pearson=0,827$ ;  $\rho=0,042$ ), assim podemos referir que o seu resultado provoca uma influência directa na pontuação total da escala memória. Em contrapartida, a sub-escala semelhanças (escala processos intelectuais) apresenta correlação positiva quer com a pontuação total da escala a que pertence ( $Pearson=0,925$ ;  $\rho=0,008$ ), como também com a pontuação total da escalas memória ( $Pearson=0,929$ ;  $\rho=0,007$ ). Por sua vez, as pontuações totais de cada uma das respectivas

escalas (memória e processos intelectuais) encontram-se directamente correlacionadas entre si ( $Pearson=0,951$ ;  $p=0,004$ ).

**Tabela 12.** Correlação de Pearson entre a Idade e as Escalas de Memória e Processos Intelectuais

		Idade	E. Memoria	E. PI	Informação	Aritmética	MD	Semelhanças	CG	PT WISC Memoria	PT WISC PI
Idade	Pearson Correlation	1	,349	,112	,828(*)	,636	,408	,675	,701	,719	,831(*)
Escala Memoria	Pearson Correlation	,349	1	,787(**)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)
Escala Processos Intelectuais	Pearson Correlation	,112	,787(**)	1	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)
Informação	Pearson Correlation	,828(*)	.(a)	.(a)	1	,754	,616	,839(*)	,385	,893(*)	,840(*)
Aritmética	Pearson Correlation	,636	.(a)	.(a)	,754	1	,707	,963(**)	,394	,945(**)	,946(**)
Memoria de Dígitos	Pearson Correlation	,408	.(a)	.(a)	,616	,707	1	,592	,568	,827(*)	,709
Semelhanças	Pearson Correlation	,675	.(a)	.(a)	,839(*)	,963(**)	,592	1	,265	,929(**)	,925(**)
Complemento de Gravuras	Pearson Correlation	,701	.(a)	.(a)	,385	,394	,568	,265	1	,479	,612
Pontuação total WISC Memoria	Pearson Correlation	,719	.(a)	.(a)	,893(*)	,945(**)	,827(*)	,929(**)	,479	1	,951(**)
Pontuação total WISC Processos Intelectuais	Pearson Correlation	,831(*)	.(a)	.(a)	,840(*)	,946(**)	,709	,925(**)	,612	,951(**)	1

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Relativamente às restantes correlações não apresentamos em Quadro (como anteriormente) dado ao elevado número de variáveis em causa (pelo inter cruzado de possibilidades de interacção entre as mesmas). Apresentaremos contudo, de forma descritiva, os valores considerados estatisticamente significativos quer para níveis de significância a 90% (one flag) ou a 99% (two flag), quer positivas quer negativas. Relativamente à análise da correlação a variável MMSE apresenta, curiosamente, correlações negativas de acordo com determinadas dimensões do IACLIDE. Assim, entre o MMSE e as dimensões biológica, cognitiva e desempenho de tarefa ocorre uma correlação negativa e inversa no desempenho dos sujeitos nestas mesmas provas. Ou seja, estes resultados sugerem que quanto maior a pontuação obtida no MMSE menor foi os resultados no IACLIDE, apresentando assim um valor de *pearson* de -0,580 e um nível de significância de 0,006 (a 99%). O mesmo tipo de interpretação aplica-se também nos seguintes casos na medida em que, o MMSE apresenta correlação negativa com a dimensão cognitiva e desempenho de tarefa (com valor de *pearson* -0,586 e nível de significância de 0,005 a 99% e valor de *pearson* -0,692 e nível de significância 0,001 a 99%, respectivamente). De igual modo, para além das dimensões referidas, os resultados apresentados no MMSE também se correlacionam negativamente com a maioria dos factores do IACLIDE, particularmente F2 (sintomas relativos a uma personalidade obsessiva e a uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio), F3 (reúne os elementos da “constelação suicida”), e F4 (representa sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência dos outros). Neste sentido, torna-se possível referir ainda que os valores (a 99%) são de significância estatisticamente diferenciados em todas as variáveis referidas (**F2** –  $r= -0,644$ ;  $p= 0,002$ ; **F3** –  $r= -0,488$ ;  $p= 0,029$ ; **F4** –  $r= -0,581$ ;  $p= 0,007$ ), e a relação apresenta inversamente proporcional na medida em que, quanto maior eram os resultados apresentados pelos sujeitos avaliados menor eram as respectivas pontuações nos referidos factores do IACLIDE (isto é, maior normalidade). Por sua vez, e relativamente às incapacidades do IACLIDE (incapacidade para a vida em geral, incapacidade para o trabalho, incapacidade para a vida social, incapacidade para a vida em família) estas também se encontram inversamente/negativamente correlacionadas com o teste MMSE ( $r= -0,712$   $p= 0,000$ ;  $r= -0,480$   $p= 0,032$ ;  $r= -0,619$   $p= 0,004$ ;  $r= -0,679$   $p= 0,001$ ). Tendo em consideração os resultados

apresentados, particularmente a incidência das correlações negativas entre o MMSE e a maioria das dimensões, factores e incapacidades do IACLIDE, obviamente que este tipo de correlação se estende à pontuação total do IACLIDE em relação com o MMSE, apresentado também valores estatisticamente significativos ( $r = -0,688$   $p = 0,001$  a 99%). Relativamente à análise da correlação entre o MMSE e a qualidade de vida, verifica-se que existe uma correlação positiva entre estas duas variáveis, nomeadamente entre o MMSE e a qualidade de vida global ( $r = 0,656$   $p = 0,039$  a 95%). Assim, existe uma relação directa entre os desempenhos obtidos nas referidas provas, ou seja, quanto maior foi o resultado dos sujeitos no MMSE maior foi o índice sugestivo de melhor qualidade de vida (isto é, melhor normalidade). Ao analisarmos o desempenho nas escalas de memória e processos intelectuais (em adultos e crianças/adolescentes), verificamos que entre o MMSE e a escala memória ocorre uma correlação negativa ( $r = -0,512$   $p = 0,021$  a 95%) sendo então bastante positivo para os sujeitos avaliados na medida em que, havendo uma relação inversa (quanto maior foi o resultado no MMSE menor o valor obtido nas provas de memória) sugere-nos resultados mais favoráveis e de maior normalidade para as provas em questão (pois, no MMSE quanto maior a pontuação obtida menor a presença de deterioro cognitivo; por sua vez, quanto maior a pontuação na escala de memória para adultos maior o déficit cognitivo). Relativamente ao desempenho das crianças/adolescentes, verifica-se que existe uma correlação positiva entre o MMSE e a sub-escala informação ( $r = 0,839$   $p = 0,037$  a 95%), ou seja, ocorrendo assim uma relação directa entre o desempenho das crianças/adolescentes nas referidas provas, sendo também bastante positivo na medida em que, quanto maior a pontuação obtida no MMSE (isto é, maior normalidade) maior os resultados demonstrados na prova informação (isto é, maior normalidade). Este tipo de correlação também se verifica na pontuação total das escalas da memória na WISC-III, apresentado valores estatisticamente significativos ( $r = 0,837$   $p = 0,038$  a 95%). Ao analisarmos as correlações existentes entre a Figura Complexa de Rey (por cópia) e as restantes variáveis verifica-se uma série de correlações positivas e negativas fortemente significativas que importa realçar. Assim, entre a figura complexa de rey por cópia e determinadas dimensões do IACLIDE verifica-se uma correlação fortemente negativa, particularmente com as Dimensões Biológica ( $r = -0,716$   $p = 0,000$  a 99%), Cognitiva ( $r = -0,718$   $p = 0,000$  a 99%) e, Desempenho de Tarefa ( $r = -0,592$   $p = 0,006$  a 99%). Para além das dimensões referidas, desenvolve correlações ainda com os Factores do IACLIDE, nomeadamente com os factores F2 (relativo a uma personalidade obsessiva e uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio), e F4 (sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência dos outros); neste sentido, apresenta correlação negativa e inversa com F2 ( $r = -0,51$   $p = 0,022$  a 95%) e F4 ( $r = -0,495$   $p = 0,026$  a 95%). De igual modo, apresenta correlações negativas com algumas das Incapacidades inerentes ao IACLIDE, particularmente com a incapacidade para a vida em geral ( $r = -0,587$   $p = 0,007$  a 99%), incapacidade para a vida social ( $r = -0,554$   $p = 0,011$  a 95%) e incapacidade para a vida em família ( $r = -0,610$   $p = 0,004$  a 99%). Por sua vez, a figura complexa de rey por cópia mantém também

correlação negativa com a pontuação total do IACLIDE ( $r = -0,560$   $p = 0,010$  a 95%). Tendo em consideração os resultados apresentados, constata-se que as correlações desenvolvidas entre a figura complexa de rey por cópia e as várias dimensões, factores e incapacidades do IACLIDE são bastante fortes e são estatisticamente significativas. Por sua vez, as correlações são negativas e inversas, isto é, aquando do aumento dos resultados/pontuações obtidos pelos sujeitos avaliados nas várias dimensões do teste da figura complexa de rey ocorre a diminuição dos resultados no teste IACLIDE, sendo um predictor bastante positivo. Por sua vez, apresenta correlação positiva e directa com a variável qualidade de vida global ( $r = 0,639$   $p = 0,047$  a 95%) e com uma das dimensões do mesmo teste de avaliação da qualidade de vida, particularmente com a dimensão psicológica ( $r = 0,732$   $p = 0,007$  a 99%). Estas correlações são bastante significativas como se pode observar pelos resultados apresentados; é de considerar ainda que, altas pontuações na realização da cópia da figura complexa de rey revelaram resultados muito bons (reflectindo-se posteriormente num percentil mais elevado), o que também se verificou na qualidade de vida, pois quanto mais elevada foi a pontuação melhor indicador de excelente qualidade de vida. Relativamente à avaliação de outros constructos, nomeadamente memória e processos intelectuais, verifica-se que os resultados obtidos na figura complexa de rey por cópia e nas escalas de memória e processos intelectuais (da LNNB) aferimos que existe uma correlação negativa entre estas variáveis; ou seja, entre a figura complexa de rey por cópia e a escala de memória verifica-se que entre elas existe uma relação inversa ( $r = -0,520$   $p = 0,019$  a 95%) na medida em que, o aumento de uma das variáveis ocorre obrigatoriamente a diminuição da outra variável em questão. Como já referido, também ocorre uma relação inversa entre a figura complexa de rey e a escala processos intelectuais ( $r = -0,464$   $p = 0,039$  a 95%); verificando-se assim, resultados estatisticamente significativos. Relativamente às provas aplicadas às crianças e adolescentes de forma a avaliar os mesmos constructos do parágrafo anterior, verifica-se que também ocorre uma correlação embora positiva entre a subescala informação ( $r = 0,902$   $p = 0,014$  a 95%) (inerente à escala memória da WISC-III), a pontuação total das escalas de memória – WISC-III ( $r = 0,888$   $p = 0,018$  a 95%), e, pontuação total das escalas processos intelectuais – WISC-III ( $r = 0,908$   $p = 0,012$  a 95%). Outra das dimensões do teste da figura complexa de rey é a riqueza e exactidão da cópia, assim, ocorre uma correlação negativa e inversa entre a riqueza e exactidão da cópia e a dimensão biológica ( $r = -0,779$   $p = 0,000$  a 99%) e dimensão cognitiva ( $r = -0,781$   $p = 0,000$  a 99%) respectivas do IACLIDE. Neste sentido, ao se desenvolver uma relação inversa significa que o aumento de uma das variáveis provoca a diminuição da outra, particularmente, verificou-se resultados elevados na riqueza e exactidão da cópia o que por sua vez analisou-se resultados inferiores nessas mesmas dimensões do IACLIDE, sendo este resultado bastante positivo e significativo. De igual modo, a variável referida no parágrafo anterior (riqueza e exactidão da cópia) apresenta uma correlação positiva com os resultados da qualidade de vida global, sendo estes resultados estatisticamente significativos ( $r = 0,742$   $p = 0,014$  a 95%). Ou seja, entre estas duas variáveis desenvolve-se uma

relação directa em que o aumento de uma variável leva ao aumento da outra variável em questão. Assim, esta dimensão da figura complexa de rey apresenta, igualmente, uma correlação positiva e directa com a pontuação total ( $r = 0,644$   $p = 0,045$  a 95%) do questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos. Estes resultados são estatisticamente significativos e ao existir uma correlação directa vai permitir que quanto maior o valor numa das variáveis em causa maior era a outra variável a relacionar. Relativamente à avaliação da memória e processos intelectuais verifica-se uma correlação negativa entre a riqueza e exactidão da cópia e a escala de memória ( $r = -0,697$   $p = 0,001$  a 99%) mas também, com a escala processos intelectuais ( $r = -0,570$   $p = 0,009$  a 99%). Em contrapartida, ocorre correlação positiva entre a riqueza e exactidão da cópia e complemento de gravuras ( $r = 0,883$   $p = 0,020$  a 95%) e a pontuação total WISC-III escala processos intelectuais ( $r = 0,853$   $p = 0,031$  a 95%). Estes resultados apresentam-se como estatisticamente significativos. De igual modo, verifica-se que o tempo de realização da cópia e a escala de memória e processos intelectuais apresentam uma correlação negativa em que quanto maior o valor numa das variáveis em causa menor era a outra variável a relacionar; verificando-se assim,  $r = -0,513$   $p = 0,000$  a 99% para a escala de memória e,  $r = -0,677$   $p = 0,001$  a 99% para a escala de processos intelectuais, com resultados estatisticamente significativos. Em contrapartida, o tempo de realização da cópia e a dimensão biológica apresentam uma correlação positiva, apresentando assim  $r = 0,435$   $p = 0,0449$  a 95%, sendo estes resultados estatisticamente significativos. Relativamente à outra dimensão do teste da figura complexa de rey, particularmente o tipo de reconstrução por memória, esta desenvolve uma correlação positiva e directa com a dimensão biológica (correspondente ao IACLIDE) ( $r = 0,435$   $p = 0,049$  a 95%) e, por sua vez, correlações negativas e inversas com as escala memória ( $r = -0,513$   $p = 0,021$  a 95%) e processos intelectuais ( $r = -0,677$   $p = 0,001$  a 99%), respectivamente (inerentes à LNNB). Todavia, ao analisar a variável riqueza e exactidão da reconstrução por memória (FCR) verificamos que esta apresenta uma série de correlações positivas e negativas com diversas variáveis. Ou seja, relativamente a determinadas dimensões do teste de avaliação da sintomatologia depressiva a variável referida está inversamente relacionada com as mesmas; nomeadamente, apresenta uma correlação negativa com a dimensão biológica ( $r = -0,539$   $p = 0,014$  a 95%), com a dimensão cognitiva ( $r = -0,545$   $p = 0,013$  a 95%), com a dimensão de desempenho de tarefa ( $r = -0,471$   $p = 0,042$  a 95%) e com a incapacidade para a vida em família ( $r = -0,493$   $p = 0,032$  a 95%). Assim, torna-se possível referir que, aquando do aumento de uma das variáveis ocorre a redução dos resultados da outra variável em questão. Como se pode observar pelos valores expostos, estes são estatisticamente significativos. De igual modo, estas correlações negativas também se aplicam a outras variáveis do estudo, particularmente com as escalas memória e processos intelectuais (Luria-Nebraska). Assim, a riqueza e exactidão da reconstrução por memória apresenta uma correlação inversa com a variável escala de memória com  $r = -0,552$   $p = 0,014$  a 95%, e com a variável escala de processos intelectuais com  $r = -0,509$   $p = 0,026$  a 95%, com nível estatístico bastante significativo. Por sua vez, e como já

inicialmente referido, a variável riqueza e exactidão da reconstrução por memória apresenta correlações positivas e fortemente significativas com a subescala informação ( $r= 0,860$   $p= 0,028$  a 95%), subescala aritmética ( $r= 0,871$   $p= 0,024$  a 95%), subescala semelhança ( $r= 0,877$   $p= 0,022$  a 95%), com a pontuação total da escala de memória da WISC-III ( $r= 0,877$   $p= 0,018$  a 95%), e, com a pontuação total da escala processos intelectuais da WISC-III ( $r= 0,851$   $p= 0,032$  a 99%). Relativamente à variável tempo de reprodução (FCR), verifica-se que esta desenvolve correlações estatisticamente negativas e inversas com uma série de variáveis inerentes ao estudo nomeadamente com determinadas dimensões, factores e incapacidade do teste IACLIDE. Assim, apresenta correlações negativas com as dimensões biológica ( $r= -0,453$   $p= 0,039$  a 95%) e cognitiva ( $r= -0,459$   $p= 0,036$  a 95%), com os factores F2 ( $r= -0,509$   $p= 0,022$  a 95%) e F4 ( $r= -0,499$   $p= 0,025$  a 95%), com a incapacidade de vida em família ( $r= -0,466$   $p= 0,038$  a 95%). Por fim, apresenta ainda, correlações positivas com determinadas dimensões do questionário de avaliação da qualidade de vida em doentes com Epilepsia; particularmente, com a dimensão vitalidade ( $r= 0,689$   $p= 0,027$  a 95%) e dimensão sociabilidade ( $r= 0,646$   $p= 0,043$  a 95%). Neste sentido, é fundamental realçar que existe uma relação directa entre a variável tempo de realização da reconstrução por memória e a avaliação da qualidade de vida no grupo patologia dado que, o aumento de uma das variáveis ocorre obrigatoriamente o aumento da outra variável correlacionada positivamente. Relativamente ao teste de avaliação da sintomatologia depressiva (IACLIDE), especificamente as suas dimensões, factores e incapacidades estão fortemente correlacionadas entre si e apresentam resultados estatisticamente significativos, de acordo com o supramencionado. Neste sentido, importa analisar estas mesmas dimensões, factores e incapacidades com as outras variáveis/testes em estudo; assim, a dimensão biológica apresenta correlações fortemente negativas e estatisticamente significativas com os aspectos emocionais ( $r= -0,849$   $p= 0,002$  a 99%) inerentes ao questionário de avaliação da qualidade de vida na Epilepsia, com a pontuação global do referido questionário ( $r= -0,787$   $p= 0,007$  a 99%); de igual modo, também apresenta correlações negativas com algumas das dimensões do questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos, nomeadamente dimensão física ( $r= -0,681$   $p= 0,030$  a 95%) e dimensão global ( $r= -0,830$   $p= 0,003$  a 99%). Por sua vez, a dimensão cognitiva (IACLIDE) apresenta correlações negativas e inversas com uma diversidade de dimensões relativas ao questionário de qualidade de vida para Epilepsia (*QOLIE-31*) e questionário de qualidade de vida para normativos (*WHOQOL-brief*). Assim, e especificamente no *QOLIE-31*, apresenta inversamente uma correlação com os aspectos emocionais ( $r= -0,728$   $p= 0,017$  a 95%), vitalidade ( $r= -0,808$   $p= 0,005$  a 99%), sociabilidade ( $r= -0,793$   $p= 0,006$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r= -0,709$   $p= 0,022$  a 95%) e pontuação global da qualidade de vida ( $r= -0,811$   $p= 0,004$  a 99%). Relativamente ao *WHOQOL-brief*, apresenta inversamente uma correlação com a dimensão física ( $r= -0,696$   $p= 0,025$  a 95%) e dimensão global ( $r= -0,844$   $p= 0,002$  a 99%). Ao analisar outra dimensão do IACLIDE, particularmente a dimensão interpessoal, verifica-se que esta desenvolve correlações negativas com

determinadas dimensões do QOLIE-31 e do WHOQOL-brief e, em contrapartida, desenvolve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escala de memória (LNNB) ( $r= 0,538$   $p= 0,014$  a 95%). Importa referir assim os resultados apresentados quanto a estas dimensões apresentadas, então as correlações negativas e inversas manifestam-se nas dimensões da sociabilidade ( $r= -0,760$   $p= 0,011$  a 95%), efeitos adversos dos fármacos anti-epiléticos ( $r= -0,639$   $p= 0,047$  a 95%), da pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r= -0,738$   $p= 0,015$  a 95%) e, por último, com a dimensão global da qualidade de vida do WHOQOL-brief ( $r= -0,705$   $p= 0,023$  a 95%). Na análise da dimensão desempenho de tarefa (IACLIDE), tal como a anterior, apresenta correlações fortemente inversas e negativas com as dimensões do QOLIE-31 e WHOQOL-brief, respectivamente. Particularmente, com os aspectos emocionais ( $r= -0,671$   $p= 0,034$  a 95%), vitalidade ( $r= -0,656$   $p= 0,039$  a 95%), sociabilidade ( $r= -0,793$   $p= 0,006$  a 99%) e efeitos adversos dos fármacos anti-epiléticos ( $r= -0,801$   $p= 0,005$  a 99%), e, pontuação global ( $r= -0,796$   $p= 0,006$  a 99%). Apresenta então ainda, com a dimensão física ( $r= -0,650$   $p= 0,042$  a 95%) e dimensão global ( $r= -0,836$   $p= 0,003$  a 95%). Tal como de pode verificar, estes resultados afiguram-se estatisticamente significativos. Relativamente aos vários factores do IACLIDE, verifica-se que o F1 apresenta correlações negativas com a dimensão psicológica ( $r= -0,816$   $p= 0,004$  a 99%), dimensão global ( $r= -0,644$   $p= 0,045$  a 95%) e pontuação total da qualidade de vida ( $r= -0,660$   $p= 0,038$  a 95%), realçando que estas variáveis são inerentes ao questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos (WHOQOL-brief). De igual modo, os valores de F1 desenvolvem uma relação inversa com algumas das dimensões do WHOQOL-brief, em que a evolução/desenvolvimento das variáveis em questão ocorrem em sentidos opostos/contrários. Em contrapartida, o F2 apresenta correlações negativas somente com as dimensões do QOLIE-31, nomeadamente com a vitalidade ( $r= -0,871$   $p= 0,001$  a 99%), sociabilidade ( $r= -0,736$   $p= 0,015$  a 95%) e dimensão global ( $r= -0,757$   $p= 0,011$  a 95%). Como se pode verificar pelos valores apresentados, estes resultados afiguram-se estatisticamente significativos. Relativamente ao F3, este também apresenta correlações negativas, particularmente com uma dimensão do QOLIE-31 e com uma dimensão do WHOQOL, respectivamente. Ou seja, apresenta com a pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r= -0,751$   $p= 0,012$  a 95%) e, com a dimensão física do WHOQOL-brief ( $r= -0,655$   $p= 0,040$  a 95%). Por sua vez, o F4 desenvolve correlações somente com dimensões do QOLI-31, nomeadamente com as dimensões vitalidade ( $r= -0,644$   $p= 0,045$  a 95%), sociabilidade ( $r= -0,697$   $p= 0,025$  a 95%) e pontuação global do referido questionário ( $r= -0,668$   $p= 0,035$  a 95%). O F5 apresenta uma única correlação negativa e estatisticamente significativa que se caracteriza pela relação inversa entre este factor e a dimensão global do WHOQOL-brief ( $r= -0,670$   $p= 0,034$  a 95%). Relativamente às incapacidades do IACLIDE pode-se referir desde já que, todas elas apresentam apenas correlações negativas com as respectivas dimensões do QOLIE-31 e/ou WHOQOL-31. Assim, quanto à incapacidade para a vida em geral esta correlaciona-se negativamente com os aspectos emocionais ( $r= -0,742$   $p= 0,014$  a 95%), vitalidade ( $r= -0,712$   $p= 0,021$  a 95%),

sociabilidade ( $r = -0,780$   $p = 0,008$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,730$   $p = 0,017$  a 95%), pontuação global da qualidade de vida ( $r = -0,805$   $p = 0,005$  a 99%), todas estas específicas do QOLIE-31, e, dimensão global ( $r = -0,732$   $p = 0,016$  a 95%) específica do WHOQOL-brief. Estes resultados afiguram-se estatisticamente significativos. Quanto à incapacidade para o trabalho (IACLIDE), tal como as anteriores, correlaciona-se de forma negativa com as dimensões da sociabilidade ( $r = -0,634$   $p = 0,049$  a 95%) e efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,650$   $p = 0,042$  a 95%) específicas do QOLIE-31. Como se pode analisar estes valores apresentam-se como estatisticamente significativos. Na análise da incapacidade para a vida social verifica-se a presença de correlações negativas e inversas com os aspectos emocionais ( $r = -0,766$   $p = 0,0010$  a 99%), vitalidade ( $r = -0,693$   $p = 0,026$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,805$   $p = 0,005$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,788$   $p = 0,007$  a 99%), pontuação global da qualidade de vida de acordo com o QOLIE-31 ( $r = -0,830$   $p = 0,003$  a 99%). E, correlação também negativa com a dimensão física ( $r = -0,766$   $p = 0,010$  a 99%), dimensão global ( $r = -0,839$   $p = 0,002$  a 99%) e pontuação total da qualidade de vida segundo o WHOQOL-brief ( $r = -0,680$   $p = 0,030$  a 95%). Verificando-se resultados estatisticamente significativos em todas os resultados apresentados. Por fim, quanto à incapacidade para a vida em família, esta correlaciona-se negativamente com as dimensões vitalidade ( $r = -0,790$   $p = 0,007$  a 99%), sociabilidade ( $r = -0,928$   $p = 0,000$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,873$   $p = 0,001$  a 99%) inerentes ao QOLIE-31; por sua vez, quanto ao WHOQOL-brief correlaciona-se negativamente com os aspectos cognitivos ( $r = -0,644$   $p = 0,045$  a 95%) e pontuação global da qualidade de vida ( $r = -0,815$   $p = 0,004$  a 99%). Relativamente à pontuação total obtida no IACLIDE verifica-se uma correlação negativa também com as mesmas dimensões dos respectivos questionários analisadas anteriormente; ou seja, com os aspectos emocionais ( $r = -0,773$   $p = 0,009$  a 99%), vitalidade ( $r = -0,748$   $p = 0,013$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,792$   $p = 0,006$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,735$   $p = 0,015$  a 95%), pontuação global da qualidade de vida – QOLIE-31 ( $r = -0,840$   $p = 0,002$  a 99%) e, dimensão global da qualidade de vida – WHOQOL ( $r = -0,872$   $p = 0,001$  a 99%). Por sua vez, a pontuação total obtida no CDI apresenta também correlações negativas embora com as subescalas aritmética ( $r = -0,885$   $p = 0,046$  a 95%) e semelhanças ( $r = -0,894$   $p = 0,041$  a 95%). Quanto às dimensões do questionário de qualidade de vida para normativos (WHOQOL-brief) verifica-se que, os aspectos emocionais correlacionam-se positivamente com a pontuação global do questionário de qualidade de vida para epilépticos (QOLIE-31), verificando-se uma relação directa entre elas. Relativamente à dimensão vitalidade verifica-se uma correlação negativa com a dimensão sociabilidade ( $r = -0,871$   $p = 0,001$  a 99%) específica do QOLIE-31; em contrapartida, verifica-se que a mesma variável referida inicialmente apresenta uma correlação positiva com a dimensão efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = 0,754$   $p = 0,012$  a 95%) e com a pontuação global ( $r = 0,788$   $p = 0,007$  a 99%) do referido questionário. Pela análise da dimensão sociabilidade verifica-se a presença de correlações positivas com a dimensão efeitos

adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = 0,949$   $p = 0,000$  a 99%) e pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r = 0,872$   $p = 0,001$  a 99%); por sua vez, apresenta uma correlação negativa com a dimensão aspectos cognitivos ( $r = -0,710$   $p = 0,021$  a 95%) do questionário da qualidade de vida do WHOQOL-brief. Por último, a dimensão efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos apresenta correlação negativa com a dimensão aspectos cognitivos ( $r = -0,692$   $p = 0,027$  a 95%) do WHOQOL-brief e, por sua vez, apresenta correlação positiva com a pontuação global ( $r = 0,871$   $p = 0,001$  a 99%) do questionário do QOLIE-31. A última variável a analisar corresponde à escala da memória (inerente à LNNB) e assim, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente positiva com a escala dos processos intelectuais ( $r = 0,787$   $p = 0,000$  a 99%).

**Procedeu-se, de igual modo, à realização do Teste do Qui-Quadrado para verificar a adesão entre a distribuição das frequências associada à amostra analisada tendo em conta as várias provas.**

Relativamente ao sexo em comparação com à variável idade categorizada, a distribuição é assimétrica e verifica-se que dos 26 sujeitos, 2 sujeitos masculino e 3 feminino com idade categorizada até aos 14 anos, e 4 sujeitos masculino e 17 feminino com idade superior aos 14 anos, não se encontrando uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=0,999$ ;  $p = 0,558$ ). Com a representação dos 26 sujeitos, torna-se possível comparar a variável sexo com as três categorias da variável Escolaridade. Assim, na categoria Frequência Universitária, a distribuição é de 2 sujeitos masculino e 2 feminino, sendo inferior à distribuição de 2 sujeitos masculino e 12 feminino com escolaridade obrigatória, e à distribuição de 2 sujeitos masculinos e 6 femininos com escolaridade até à 4ª classe, não se encontrando todavia, uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=2,260$ ;  $p = 0,323$ ). Por sua vez, dos 26 sujeitos, confere-se em relação ao sexo em comparação com à variável tipo de cópia a distribuição é assimétrica; em que maioritariamente 3 sujeitos masculino e 12 feminino realizaram a construção sobre a armação (tipo I). Em contrapartida, somente um sujeito feminino teve um desempenho baseado na justaposição de detalhes (tipo IV). Torna-se importante referir que três sujeitos (em que maioritariamente foi o sexo masculino) demonstraram um desempenho muito inferior dado que, desenharam detalhes sobre um fundo confuso (tipo V). Embora não se verifique uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,896$ ;  $p = 0,273$ ). De igual modo, da maioria dos 26 sujeitos avaliados nesta prova, 9 apresentam um excelente resultado dado que, situam-se no Percentil 100, sendo também importante referir que desses mesmos sujeitos 2 são masculino e 7 feminino. De seguida, 6 sujeitos tiveram um desempenho inferior pois obtiveram um Percentil 25 (1 masculino e 5 feminino). Por sua vez, relativamente ao Percentil mais baixo (Percentil 10) a distribuição está equiparada na medida em que, dos 4 sujeitos com este desempenho 2 são masculinos e 2 são femininos. Todavia, não se verifique uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=2,863$ ;  $p = 0,721$ ). A maioria dos 26 sujeitos apresentam uma reprodução do tipo I (construção sobre a armação), onde novamente se evidencia o sexo feminino. Todavia, torna-se importante referir que nesta relação surgem dois novos aspectos a considerar,

nomeadamente dois resultados nulos (1 do sexo masculino e 1 do sexo feminino) em que os sujeitos foram incapazes de reproduzir a referida figura. De igual modo, 2 sujeitos do sexo feminino apresentam um resultado médio dado que, reproduzem somente um contorno geral. Apesar destas diferenças não se verifica uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=2,684$ ;  $p= 0,612$ ). Desta relação verificamos que o Percentil com maior número de respostas obtidas pelos sujeitos corresponde ao Percentil 25, sendo por sua vez um desempenho inferior à normalidade. Contudo, 3 sujeitos (1 masculino e 2 feminino) dos 25 sujeitos apresentaram um excelente desempenho, ao qual foi atribuído o Percentil 100. De igual modo, para os resultados centrados no Percentil 10 e Percentil 75 verifica-se a mesma distribuição de sujeitos de acordo com o sexo para cada um; ou seja, 4 sujeitos (1 masculino e 3 femininos) de 25 na totalidade apresentam resultados opostos entre si, isto porque 4 obtiveram um percentil significativamente elevado em contrapartida, outros 4 obtiveram um valor de percentil significativamente baixo. Novamente, estas diferenças não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,295$ ;  $p= 0,935$ ). Por sua vez, a amostra está correctamente emparelhada de acordo com o número de doentes avaliados na medida em que, foram avaliados 13 sujeitos com Epilepsia (nomeadamente 3 sexo masculino e 10 sexo feminino) e 13 sujeitos normativos (também constituído por 3 sexo masculino e 10 sexo feminino). Estes resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,000$ ;  $p= 1,000$ ). Relativamente à classificação do grau de depressão de acordo com a variável sexo, verificamos a maioria dos sujeitos não apresentam qualquer sintomatologia depressiva (sendo mais evidente no sexo feminino); todavia, os resultados apresentados nas outras classificações do IACLIDE pertencem exclusivamente à população feminina avaliada. Assim, verificamos que para o grau leve, moderado e grave estão representadas 3 sujeitos do sexo feminino para cada uma das classificações. Contudo, estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=4,091$ ;  $p= 0,252$ ). De acordo com os resultados apresentados verificamos que seguem a mesma distribuição e interpretação de tabelas anteriores; ou seja, quando se relaciona os resultados obtidos pelos sujeitos de acordo com o teste administrado (IACLIDE adultos e CDI crianças e adolescentes) verificamos novamente que dos 26 sujeitos a maioria (incluindo crianças e adultos) apresenta ausência de sintomatologia depressiva. Relativamente às categorias restantes do IACLIDE e CDI relacionam-se novamente com a população feminina avaliada. Apesar dos resultados apresentados estes não são estatisticamente significativos ( $\chi^2=3,467$ ;  $p= 0,325$ ). Na variável “*CDI categorizado por graus de depressão*” a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante (os sujeitos nesta variável revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante). Nas tabelas seguintes torna-se possível observar os resultados brutos dos sujeitos pertencentes ao grupo normal (controlo) na avaliação da qualidade de vida, particularmente em cada questão específica do respectivo questionário (WHOQOL-brief). De igual modo, é importante referir que somente 12 sujeitos normativos foram avaliados quanto a este constructo, com exclusão de um

sujeito tendo em conta que apresentava uma idade muito baixa não sendo abrangida pelas características do referido questionário. Neste sentido, os sujeitos avaliados apresentam-se satisfeitos relativamente à sua qualidade de vida na medida em que, dos 12 sujeitos avaliados 10 (8 elementos do sexo feminino e 2 do sexo masculino) defendem que a sua qualidade de vida é boa e apenas 2 sujeitos (do sexo feminino) adoptam uma atitude neutra referindo “*nem má nem boa*”. Estes resultados apresentam-se numa distribuição assimétrica, não revelando assim resultados estatisticamente significativos ( $\chi^2=0,480$ ;  $p= 0,488$ ). Relativamente à diferença entre a variável sexo e a variável relativa à satisfação que os sujeitos sentem quanto à sua saúde, verifica-se que os resultados encontram-se dispersos pelas várias hipóteses de resposta; embora aquela que reúne maior número de respostas é aquela que se refere à satisfação (7 sujeitos em que pertence a 6 do sexo feminino e 1 sexo masculino). Somente 2 sujeitos do sexo feminino revelam que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos relativamente à sua saúde. Por sua vez, as outras possibilidades de respostas estão preenchidas por uma resposta dada por sujeito cada, em que as respostas dadas para as categorias de insatisfação são devidas ao sexo feminino; em contrapartida, a categoria de total satisfação é devida ao sexo masculino. Tal como em resultados anteriores, estes resultados não se apresentam estatisticamente significativos ( $\chi^2= 5,829$ ;  $p= 0,212$ ). De forma geral, a maioria dos sujeitos avaliados sentem-se condicionados no seu dia-a-dia devido à dor física; sendo assim necessário realçar que 3 sujeitos (2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino) referem mesmo que, a sua dor física impedem extremamente na desempenho das suas actividades no quotidiano. Por sua vez, 2 sujeitos do sexo feminino referem que, muito pouco se sentem impedidos de fazer alguma coisa no seu dia-a-dia. Como se pode analisar pela distribuição dos resultados apresentados em cada tipo de resposta à questão, parece sugerir que os sujeitos do sexo masculino embora estejam, significativamente, em menor representatividade na amostra, nesta questão revelam que sentem condicionados no seu quotidiano pela sua dor física. As diferenças obtidas seguem uma distribuição assimétrica e, não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 7,200$ ;  $p= 0,066$ ). De igual modo, os restantes sujeitos do sexo feminino dividem as suas respostas nas várias possibilidades de respostas, então 5 sujeitos consideram que precisam bastante de algum tratamento médico, 1 sujeito feminino refere mais ou menos, e por sua vez, 2 sujeitos femininos dividem as suas respostas referindo que precisam muito pouco e não precisa de nada – respectivamente – de qualquer tratamento médico para levar a sua vida diária. Tal como referimos anteriormente, estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= 4,800$ ;  $p= 0,308$ ). Globalmente, os sujeitos apresentam-se bastante satisfeitos com o tempo que dispõem a aproveitar a vida. De forma mais particular, conferimos que 7 sujeitos (5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) referem bastante ao aproveitamento que realiza na sua vida, 4 sujeitos do sexo feminino referem mais ou menos e, por último, 1 sujeito feminino realça que aproveita muito pouco a vida. Por sua vez, estes resultados não são estatisticamente significativos ( $\chi^2= 1,714$ ;  $p= 0,424$ ). De forma geral, verificamos que na maioria

os sujeitos defendem que a sua vida tem bastante sentido (8 sujeitos, em que 7 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino). De igual modo, 3 sujeitos (2 do sexo feminino e 1 sexo masculino) ainda reforçam mais esta ideia considerando que a sua vida tem extremamente sentido. Em contrapartida, somente um elemento do sexo feminino refere mais ou menos face à questão apresentada. Tal como em resultados anteriores, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,900$ ;  $p= 0,638$ ). Ao analisar a diferença entre a variável sexo e a capacidade de concentração dos sujeitos avaliados e assim, dos 12 sujeitos avaliados 7 (6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) referem que conseguem mais ou menos se concentrarem, 4 sujeitos (3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) referem que a sua capacidade de concentração é bastante boa, por sua vez, somente 1 sujeito feminino não está nada satisfeito com a sua capacidade de se concentrar. Estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= 0,429$ ;  $p= 0,807$ ). Os resultados obtidos encontram-se equiparados entre duas hipóteses de resposta, pois dos 12 sujeitos avaliados 6 sujeitos femininos sentem-se ligeiramente seguros/inseguros no dia-a-dia e os outros 6 sujeitos (4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) garantem que se sentem bastante seguros no quotidiano. Novamente, estes resultados não se revelam estatisticamente significativos ( $\chi^2= 2,400$ ;  $p= 0,121$ ). Relativamente à questão seguinte do questionário WHOQOL-brief, verificamos que uma porção dos elementos do sexo feminino consideram o seu ambiente físico bastante saudável (5 femininos referem bastante e 1 feminino refere extremamente), em contrapartida, outra metade defende que não estão totalmente satisfeitas com o seu ambiente físico, pois é muito pouco saudável (2 femininos referem muito pouco e outros 2 femininos referem mais ou menos). Por sua vez, os 2 sujeitos do sexo masculino consideram que o seu ambiente físico é mais ou menos saudável. Também estes resultados não se apresentam estatisticamente significativos ( $\chi^2= 4,800$ ;  $p= 0,187$ ). Pela análise dos resultados verifica-se que dos 12 sujeitos do grupo normativo (controlo) avaliados, 8 sujeitos femininos apresentam energia média para o seu dia-a-dia, e 4 sujeitos (2 sexo masculino e 2 sexo feminino) referem que apresentam muita energia no seu quotidiano. Globalmente, pode-se referir que os sujeitos avaliados apresentaram resultados positivos na questão apresentada. De igual modo, estas diferenças seguem uma distribuição assimétrica e são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 4,800$ ;  $p= 0,028$ ) (tabela 13). Dos resultados relativos aos sujeitos normativos na primeira questão do questionário, ostentamos que a maioria dos sujeitos avaliados, especificamente as do sexo feminino apresentam maiores dificuldades em aceitar a sua aparência física; em contrapartida, apenas um sujeito masculino e um sujeito do sexo feminino apresentam uma resposta totalmente positiva pois aceitam completamente a sua aparência física. Novamente estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,600$ ;  $p= 0,165$ ). Relativamente à segunda questão do referido questionário, verificamos que a maioria dos sujeitos avaliados assumem uma posição intermédia quanto à condição económica/financeira, sendo estes resultados mais evidentes no sexo feminino. A única resposta negativa é apresentada por um sujeito do sexo feminino. Estes resultados não são

estatisticamente significativos ( $\chi^2=0,218$ ;  $p= 1,000$ ). A maioria dos sujeitos avaliados apresentam uma atitude intermédia relativamente à disponibilidade de informações que necessitam no seu quotidiano. Estes resultados são mais evidentes no sexo feminino, para além de obviamente estar directamente relacionados com a amostra reduzida e sendo esta maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino. Novamente, estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,360$ ;  $p= 0,186$ ). Relativamente à questão seguinte os resultados obtidos são fruto de posições opostas relativamente ao sexo em questão, ou seja, os elementos do sexo feminino demonstram-se muito mais insatisfeitos quanto as suas oportunidades de lazer (sendo este resultado representativo da maioria dos sujeitos avaliados), enquanto que os únicos sujeitos do sexo masculino avaliados demonstram-se muito mais satisfeitos. Tendo em consideração estes mesmos resultados, e apesar da distribuição descritiva ser assimétrica, existe uma relação estatisticamente significativa quanto às referidas variáveis ( $\chi^2=7,200$ ;  $p= 0,027$ ), como se pode observar pela tabela 13.

**Tabela 14.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	4,800(b)	1	,028
Correcção de continuidade(a)	1,875	1	,171
Likelihood Ratio	5,268	1	,022
Teste exacto de Fisher			
Associação Linear-by-Linear	4,400	1	,036
N de Casos Válidos	12		

a Calculada apenas por uma tabela 2x2

b 3 células (75,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,67.

**Tabela 13.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Tem oportunidade para actividades de lazer?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	7,200(a)	2	,027
Likelihood Ratio	6,994	2	,030
Associação Linear-by-Linear	5,000	1	,025
N de Casos Válidos	12		

a 5 células (83,3%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,50.

Os elementos do sexo feminino apresentam maiores dificuldades de locomoção comparativamente com os do sexo masculino avaliados na medida em que, dos 12 sujeitos avaliados somente 2 sujeitos do sexo masculino consideram que a sua capacidade de locomoção é muito boa, enquanto que os restantes elementos – sexo feminino – estão dispersos nas restantes respostas da referida questão. Todavia, estes resultados não são estatisticamente significativos ( $\chi^2=4,800$ ;  $p= 0,187$ ). Relativamente à questão seguinte do questionário WHOQOL-brief, e tendo em consideração a relação com a variável sexo, verificamos que a incidência de respostas dadas situam-se na *satisfação* sendo estas responsáveis, exclusivamente, os elementos do sexo feminino. Ou seja, a maioria dos sujeitos avaliados revelam satisfação com o seu sono e estas respostas pertencentes única e exclusivamente aos elementos do sexo feminino dado que, os 2 sujeitos do sexo masculino revelam atitude oposta entre eles pois, enquanto que um apresenta-se totalmente satisfeito com o seu sono, o outro sujeito apresenta-se insatisfeito. Neste sentido, torna-se possível referir que o sexo masculino parece apresentar maior insatisfação com o sono comparativamente com os elementos do sexo feminino avaliados (realçando que, a amostra é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino logo, não é possível delinear uma conclusão directa e proporcional). Estes resultados apresentam-se numa distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2=12,000$ ;  $p= 0,017$ ) (Tabela 16). Por sua vez, verificamos que a maioria dos sujeitos avaliados apresentam satisfação com a sua capacidade de

desempenhar actividades no seu quotidiano; apenas 4 elementos do sexo feminino adoptaram uma postura neutra face à variável em questão. Por sua vez, somente um sujeito do sexo masculino apresenta total satisfação no seu desempenho. De igual modo, neste item a distribuição é assimétrica, 4 elementos do sexo feminino apresentam-se nem satisfeito nem insatisfeito, 7 sujeitos femininos e masculino apresentam-se satisfeitos, e 1 sujeito masculino apresenta-se muito satisfeito, verificando-se que, tal como na anterior, ocorre diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=5,829$ ;  $p= 0,054$ ) (tabela 15).

**Tabela 16.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com o seu sono?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	12,000(a)	4	,017
Likelihood Ratio	10,813	4	,029
Associação Linear-by-	,000	1	1,000
N de Casos Válidos	12		

a 9 células (90,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é

**Tabela 15.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	5,829(a)	2	,054
Likelihood Ratio	5,072	2	,079
Associação Linear-by-Linear	3,494	1	,062
N de Casos Válidos	12		

a 5 células (83,3%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,17.

Relativamente à questão seguinte verifica-se o mesmo padrão de resultados comparativamente ao parágrafo anterior. Ou seja, a maioria dos sujeitos avaliados revelam satisfação com a sua capacidade para o trabalho e obviamente (tendo em conta o número reduzido de sujeitos do sexo masculino na amostra) as respostas dadas são maioritariamente apresentadas pelos elementos do sexo feminino (6 sujeitos) comparativamente com o sexo masculino (1 sujeito). Todavia, esta distribuição assimétrica apresenta-se estatisticamente significativa (tabela 18). Novamente, a diferença de resultados entre o sexo masculino e feminino relativamente à satisfação sentida face a si próprio e o quanto é estatisticamente significativa. Assim, como vimos nas últimas duas tabelas, existem 4 sujeitos do sexo feminino que adoptaram uma atitude neutra face à questão, 7 sujeitos femininos e masculino revelam satisfação consigo próprios e somente 1 sujeito masculino apresenta total satisfação. Como referido, esta diferença apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2=5,829$ ;  $p= 0,054$ ) (tabela 17).

**Tabela 18.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) com a sua capacidade para o trabalho?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	5,829(a)	2	,054
Likelihood Ratio	5,072	2	,079
Associação Linear-by-Linear	3,494	1	,062
N de Casos Válidos	12		

a 5 células (83,3%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo

**Tabela 17.** Chi-Quadrado para a diferença de sexo na questão “Está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	5,829(a)	2	,054
Likelihood Ratio	5,072	2	,079
Associação Linear-by-Linear	3,494	1	,062
N de Casos Válidos	12		

a 5 células (83,3%) apresentam resultados esperados inferior a 5. O mínimo esperado é 0,17.

Relativamente à satisfação dos sujeitos avaliados face às suas relações pessoais verifica-se que dos 12 sujeitos, 3 elementos do sexo feminino adoptaram uma atitude neutra face à questão apresentada, 7 elementos femininos e masculinos revelam satisfação e, por fim, 2 elementos femininos revelam total satisfação. Embora a distribuição se apresenta como assimétrica, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,714$ ;  $p= 0,424$ ). Dos 12 sujeitos normativos avaliados relativamente ao constructo “Qualidade de Vida”, 8 elementos do sexo feminino e masculino referiram nem satisfação nem insatisfação, 3 elementos do sexo feminino e masculino apresentaram-se satisfeitos e apenas 1 sujeito masculino apresentou-se totalmente satisfeito. Todavia, estes

resultados não são estatisticamente significativos ( $\chi^2=0,900$ ;  $p= 0,638$ ). Ao analisarmos a diferença entre sexos (masculino e feminino) face à satisfação sentida do apoio que podem receber dos seus amigos, verifica-se que a maioria sente-se satisfeito (5 elementos do sexo feminino e 2 elementos do sexo masculino) em contrapartida, somente 1 elemento do sexo feminino apresenta-se insatisfeito face a esse mesmo apoio. Curiosamente, este elemento feminino não apresentou o mesmo tipo de resposta quando aplicada outra questão do género, sugerindo assim, que este resultado apresentado não é consistente nem significativo. Os restantes 4 sujeitos da amostra (sexo feminino) referem não sentir nem insatisfação nem satisfação. Assim, não existe uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis apresentadas ( $\chi^2=1,714$ ;  $p= 0,424$ ). No item “*Está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?*”, a distribuição é igualmente assimétrica, 2 sujeitos femininos revelam uma atitude neutra (nem satisfação nem insatisfação), 9 sujeitos masculinos e femininos apresentam-se satisfeitos, e 1 sujeito feminino encontra-se totalmente satisfeito; sendo indicativo, tal como referido anteriormente, que não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,800$ ;  $p= 0,670$ ). Relativamente aos resultados obtidos no item “*Está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?*” de acordo com a variável sexo (masculino e feminino), verifica-se que dos 12 sujeitos avaliados 8 (6 sexo feminino e 2 sexo masculino) apresentam uma atitude neutra (nem satisfeito nem insatisfeito), 2 sujeitos do sexo feminino revelam satisfação face aos acessos aos serviços de saúde o que, por sua vez, os restantes sujeitos da amostra demonstram – respectivamente – insatisfação e muita insatisfação. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 1,200$ ;  $p= 0,753$ ). De igual modo, 8 sujeitos (6 sexo feminino e 2 sexo masculino) referem que nem se sentem satisfeitos nem insatisfeitos face ao seu meio de transporte; 3 sujeitos do sexo feminino referem satisfação e, por último, 1 sujeito feminino totalmente satisfeito. Também neste item não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 1,200$ ;  $p= 0,549$ ). Relativamente à última questão do questionário WHOQOL-brief, verifica-se que a maioria dos sujeitos avaliados apresentam muito frequentemente sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão; o que nos poderá sugerir uma relação com os resultados apresentados quanto à presença de sintomatologia depressiva (avaliada pelo IACLIDE e CDI) analisados anteriormente. Ou seja, confere-se novamente a presença maioritária do sexo feminino (6 sujeitos) comparativamente com apenas 1 sujeito do sexo masculino, na evidência de sentimentos negativos que contribuem fortemente para o estado de humor dos sujeitos (como foi verificado nas tabelas relativas à avaliação do estado de humor). Todavia, e curiosamente, o tipo de resposta mais negativa, particularmente nesta questão, foi dada por um sujeito do sexo masculino, contrariando os resultados apresentados anteriormente na dimensão do estado de humor, onde este tipo de sentimentos negativos eram mais evidentes e exclusivos no sexo feminino (IACLIDE e CDI), embora não seja nossa intenção, nesta fase, provocar qualquer tipo de relação directa e proporcional entre essas variáveis. Sendo necessário ressaltar, novamente, o número reduzido de sujeitos do sexo masculino na referida amostra que

impede a formulação de uma conclusão e/ou análise mais significativa e representativa. Contudo, os resultados apresentados não apresentam uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= 5,829$ ;  $p= 0,120$ ). Torna-se importante referir que as próximas variáveis a analisar estão relacionadas com os sujeitos mais novos da população avaliada; isto é, corresponde às crianças e adolescentes (até aos 14 anos) onde foram administradas um conjunto de escalas de modo a avaliar o mesmo constructo pretendido (memória e processos intelectuais). Na avaliação da diferença entre os Parâmetros de Normatividade e a variável Sexo, na subescala informação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Nesta subescala a distribuição é assimétrica, 5 sujeitos do sexo feminino e masculino situam-se no parâmetro abaixo do normativo, e 1 sujeito masculino encontra-se no parâmetro acima do normativo, sendo conclusivo, tal como referido anteriormente, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 2,400$ ;  $p= 0,121$ ). De igual modo, a diferença entre os Parâmetros de Normatividade e a variável Sexo, não se revela estatisticamente significativa. A distribuição é igualmente assimétrica, 5 sujeitos femininos e masculinos encontram-se no parâmetro abaixo do normativo, e 1 sujeito feminino encontra-se acima do normativo. Este último aspecto difere do resultado anterior, e tal como referido, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,600$ ;  $p= 0,439$ ). Ao analisarmos as diferenças entre as duas variáveis seguintes, nomeadamente memória de dígitos e sexo, verifica-se que novamente a maioria dos sujeitos avaliados encontram-se abaixo dos valores normativos, e somente 2 sujeitos (1 do sexo masculino e 1 do sexo feminino) é que se encontram com valores acima do normativo. Todavia, e tal como já foi referido anteriormente, estas escalas foram administradas somente a elementos com idades inferiores a 14 anos e como verificamos na tabela, corresponde a um número bastante reduzido e não existe uma divisão equiparada entre o número de sujeitos masculinos e femininos (no total, existem 4 sujeitos femininos e 2 do sexo masculino). Novamente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,376$ ;  $p= 0,540$ ). Em contrapartida, verifica-se que a maioria dos sujeitos avaliados (2 sexo masculino e 2 sexo feminino) na subescala semelhanças (pertencente à escala dos processos intelectuais) encontram-se acima dos valores normativos; por sua vez, somente 2 sujeitos do sexo feminino é que se encontram abaixo do normativo. Todavia, estes resultados não se afiguram numa distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2= 1,500$ ;  $p= 0,221$ ). Na Subescala complemento de gravuras (inerente à escala dos processos intelectuais) a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de ser representada por uma constante, ou seja, os sujeitos avaliados revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante. Com a representação dos 26 sujeitos, torna-se possível comparar a variável escolaridade com as duas categorias da variável Sexo. Assim, na categoria Frequência Universitária, a distribuição é de 2 sujeitos masculino e 2 feminino, sendo inferior à distribuição de 2 sujeitos masculino e 12 feminino com escolaridade obrigatória, e à distribuição de 2 sujeitos masculinos e 6 femininos com escolaridade até à 4ª classe, não se encontrando todavia, uma distribuição diferenciada

estatisticamente significativa ( $\chi^2=2,260$ ;  $p= 0,323$ ). Relativamente à escolaridade em comparação com à variável idade categorizada, a distribuição é assimétrica e verifica-se que a categoria de escolaridade mais representativa é “*até escolaridade obrigatória*” dos 11 sujeitos com idade superior a 14 anos de idade e 3 sujeitos com idade compreendida até aos 14 anos. Relativamente aos restantes elementos, situam-se na categoria seguinte com maior número de pessoas, nomeadamente “*até 4ª classe*” (2 sujeitos com idade compreendida até aos 14 anos e 6 sujeitos com idade superior); e, somente 4 sujeitos têm frequência universitária o que, obviamente, apresentam idade superior aos 14 anos de idade. Neste sentido, podemos referir que a categoria de escolaridade mais representativa é a escolaridade obrigatória. Todavia, não se verifica uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,167$ ;  $p= 0,558$ ). Por sua vez, dos 26 sujeitos, confere-se em relação à escolaridade em comparação com à variável tipo de cópia a distribuição é assimétrica; em que maioritariamente 14 sujeitos com escolaridade compreendida na frequência obrigatória realizaram a construção sobre a armação (tipo I) e detalhes englobados na armação (tipo II). Relativamente à categoria de escolaridade “*até 4ª classe*” verifica-se que, da mesma maneira que 3 sujeitos realizaram o tipo de cópia I (isto é, maior normatividade) também 3 sujeitos realizaram o tipo de cópia V (isto é, menor normatividade). Por sua vez, dos 4 sujeitos que constituem a amostra com escolaridade representativa da frequência universitária, todos eles representam a cópia da figura complexa de rey de acordo com o tipo I (construção sobre a armação). Este resultado parece nos sugerir que os sujeitos que apresentam maior escolaridade (nomeadamente com frequência universitária) por sua vez, apresentam melhor desempenho na realização desta cópia, não ocultando qualquer detalhe da figura na construção, e organizando toda a informação num todo coerente sobre a armação. De igual modo, ao analisarmos a tabela 19, verificamos que estas diferenças apresentam uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=13,822$ ;  $p= 0,032$ ). Ao analisarmos os resultados seguintes verificamos que a maioria dos 26 sujeitos avaliados nesta prova, 9 apresentam um excelente resultado dado que se situam no Percentil 100 contribuindo para tal os 4 sujeitos com frequência universitária, 4 sujeitos com escolaridade compreendida até à frequência obrigatória e somente 1 sujeito com escolaridade até 4ª classe. De seguida, 6 sujeitos tiveram um desempenho inferior pois obtiveram um Percentil 25 sendo a categoria de escolaridade mais incidente aquela que corresponde à escolaridade obrigatória (5 sujeitos), e somente 1 sujeito com escolaridade até a 4ª classe. Por sua vez, relativamente ao Percentil mais baixo (Percentil 10) este é constituído apenas por 4 sujeitos com escolaridade até à 4ª classe. Neste sentido, e se observarmos a tabela, novamente se verifica que os sujeitos que apresentam maior número de escolaridade melhor é o seu desempenho e resultado nos referidos testes. Assim, ao analisarmos a tabela 20 verificamos que estas diferenças revelam uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2=21,177$ ;  $p= 0,007$ ).

**Tabela 19.** Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade na realização do tipo de Cópia da Figura Complexa de Rey.

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	13,822(a)	6	,032
Likelihood Ratio	15,136	6	,019
Associação Linear-by-Linear	7,700	1	,006
N de Casos Válidos	26		

a 11 células (91,7%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,15.

**Tabela 20.** Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade no Percentil da reprodução da Figura Complexa de Rey por cópia.

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	21,177(a)	8	,007
Likelihood Ratio	22,845	8	,004
Associação Linear-by-Linear	9,085	1	,003
N de Casos Válidos	26		

a 15 células (100,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,46.

Novamente, há uma maior incidência de respostas situadas no tipo de construção I e, quando se relaciona com a variável escolaridade, constatamos que desses 12 sujeitos que obtiveram o melhor tipo de reprodução 5 têm escolaridade obrigatória, 4 sujeitos têm frequência universitária e os restantes 3 sujeitos apresentam escolaridade até à 4^a classe. Em contrapartida, os únicos 2 resultados que se relacionam com a pontuação zero no tipo de construção da figura na reprodução por memória pertencem aos sujeitos que a sua escolaridade está compreendida até a 4^a classe. Relativamente ao tipo II na construção, 6 sujeitos apresentam a escolaridade obrigatória e 1 sujeito tem até a 4^a classe. Quanto ao tipo III os resultados apresentados pertencem a 2 sujeitos com escolaridade compreendida na frequência obrigatória. No tipo IV corresponde a 1 sujeito com nível escolar até a 4^a classe; por fim, os únicos 2 resultados relativos ao tipo V corresponde a 1 sujeito com escolaridade até a 4^a classe e 1 sujeito com escolaridade obrigatória. Estes resultados não se apresentam estatisticamente significativos ( $\chi^2= 15,006$ ;  $p= 0,132$ ). Pela análise das questões seguintes verifica-se que existe um maior número de respostas situadas no percentil 25 em que, 6 sujeitos estão situados na categoria “escolaridade obrigatória” e 1 sujeito tem a 4^a classe. De seguida, evidencia-se o percentil 50 no qual 3 sujeitos têm escolaridade obrigatória e 2 sujeitos têm até a 4^a classe. Por sua vez, o percentil 75 e percentil 10 apresentam 4 resultados cada embora a escolaridade difere em cada percentil na medida em que, no percentil 75 está presente 2 sujeitos com frequência universitária (e, pelas tabelas e análises anteriores têm revelado um excelente resultado nos testes), 1 sujeito com escolaridade obrigatória e 1 com a 4^a classe. Quanto ao percentil 10 é constituído por 2 sujeitos com escolaridade obrigatória e 2 sujeitos com a 4^a classe. Relativamente ao percentil que corresponde a resultados perfeitos (percentil 100) este é constituído pelos restantes 2 sujeitos com escolaridade relativa a frequência universitária e 1 sujeito com escolaridade obrigatória. Estes resultados analisados afiguram-se, como se pode observar pela tabela 21, como estatisticamente significativos ( $\chi^2= 19,083$ ;  $p= 0,039$ ). Onde se analisa as diferenças entre a variável escolaridade e a classificação do grau de depressão no IACLIDE, torna-se fundamental referir que a classificação que apresenta maior número de respostas dadas é a “ausência de sintomatologia depressiva” constituída por 11 sujeitos, que dos quais 5 sujeitos apresentam até a escolaridade obrigatória, e sujeitos têm frequência universitária e os restantes 3 sujeitos têm até a 4^a classe. Por sua vez, quanto ao grau leve é constituída por 3 sujeitos com escolaridade compreendida na frequência obrigatória. Relativamente ao grau moderado, este é devido a 3 sujeitos que apresentam escolaridade diferente entre si; assim, 2 sujeitos têm até a 4^a classe e 1 sujeito tem a escolaridade obrigatória. Novamente o grau grave/severo é constituído por 3 sujeitos em que cada um deles tem escolaridade pertencente a cada uma das classificações, nomeadamente

“até 4ª classe”, “até escolaridade obrigatória” e “frequência universitária”. Todavia, estes resultados não seguem uma distribuição estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 5,919$ ;  $p = 0,432$ ). Relativamente ao grau “ausência” deparamo-nos com 10 sujeitos que correspondem à categoria “até escolaridade obrigatória”, 5 sujeitos com escolaridade até a 4ª classe e 3 sujeitos com frequência universitária. Quanto ao grau “moderado” os únicos 2 sujeitos apresentados têm até a 4ª classe. Os restantes resultados mantêm-se iguais aos da tabela anterior. E, tal como na análise anterior, estas diferenças não se apresentam como estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 8,022$ ;  $p = 0,237$ ).

Relativamente à diferença entre a variável escolaridade e a variável relativa à satisfação que os sujeitos sentem quanto à sua qualidade de vida, verifica-se que há maior incidência de respostas na categoria “boa” nomeadamente dadas por 10 sujeitos (6 até escolaridade obrigatória, 3 até 4ª classe e 1 sujeito com frequência universitária. Por sua vez, 2 sujeitos adoptaram uma atitude neutra face à questão pois responderam “nem boa nem má”, estes mesmos sujeitos possuem escolaridade diferente entre si nomeadamente, 1 sujeito tem frequência universitária e o outro sujeito tem escolaridade obrigatória. Tal como nos resultados anteriores, estes resultados não se apresentam estatisticamente significativos ( $\chi^2 = 2,229$ ;  $p = 0,328$ ). Relativamente à diferença entre a variável sexo e a variável relativa à satisfação que os sujeitos sentem quanto à sua saúde, verifica-se que os resultados encontram-se dispersos pelas várias hipóteses de resposta; embora aquela que reúne maior número de respostas é aquela que se refere à satisfação (7 sujeitos em que pertence a 6 do sexo feminino e 1 sexo masculino). Por sua vez, a maioria destes sujeitos apresentam escolaridade obrigatória (4 sujeitos), 2 sujeitos têm até a 4ª classe e 1 sujeito tem frequência universitária. Somente 2 sujeitos do sexo feminino revelam que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos relativamente à sua saúde (1 sujeito com escolaridade até a 4ª classe e 1 sujeito com escolaridade obrigatória). Por sua vez, as outras possibilidades de respostas estão preenchidos por uma resposta dada por sujeito cada, em que as respostas dadas para as categorias de insatisfação são devidas ao sexo feminino; em contrapartida, a categoria de total satisfação é devida ao sexo masculino. Estes resultados não se apresentam estatisticamente significativos ( $\chi^2 = 7,347$ ;  $p = 0,500$ ). Quando se analisa a relação entre a variável escolaridade e as restantes variáveis inerentes ao questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos (WHOQOL), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para nenhuma delas, daí não serem apresentadas qualquer tabela relativa a estes mesmos dados. Na variável “*Parâmetros de Normatividade Complemento de Gravuras – WISC-III*” a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, ou seja, os sujeitos nesta variável revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante.

Novamente, quando se analisa a relação entre a variável Idade categorizada com as restantes variáveis intrínsecas ao teste da figura complexa de rey, verifica-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa. Onde se analisa a relação entre a variável Idade categorizada e a

variável Grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 2,751$ ;  $p = 0,432$ ). Onde se analisa a relação entre a variável Idade categorizada e a variável correspondente a um dos itens do questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos (WHOQOL), não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 0,218$ ;  $p = 0,640$ ). A diferença de resultados entre a idade categorizada relativamente à satisfação sentida com a sua própria saúde é estatisticamente significativa. Assim, analisa-se que a maioria dos sujeitos avaliados encontram-se satisfeitos (7 sujeitos com idade superior aos 14 anos), existem 2 sujeitos com idade superior aos 14 anos que adoptaram uma atitude neutra face à questão, e somente 1 sujeito também com idade superior aos 14 anos apresenta total satisfação. Por sua vez, 1 sujeito com idade inferior a 14 anos refere sentir-se insatisfeito. Como referido, esta diferença apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 12,000$ ;  $p = 0,017$ ) (tabela 21).

**Tabela 22.** Chi-Quadrado para a diferença de escolaridade no Percentil da reprodução da Figura Complexa de Rey por memória

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	19,083(a)	10	,039
Likelihood Ratio	19,740	10	,032
Associação Linear-by-Linear	7,812	1	,005
N de Casos Válidos	25		

a 18 células (100,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,32.

**Tabela 21.** Chi-Quadrado para a diferença de idade categorizada na questão “Está satisfeito(a) com a sua saúde?” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	12,000(a)	4	,017
Likelihood Ratio	6,884	4	,142
Associação Linear-by-Linear	2,077	1	,150
N de Casos Válidos	12		

a 9 células (90,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,08.

De igual modo, a diferença de resultados entre a idade categorizada e a satisfação sentida com o seu meio de transporte é estatisticamente significativa. Assim, verifica-se que a maioria dos sujeitos avaliados encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos (8 sujeitos com idade superior aos 14 anos), existem 3 sujeitos com idade superior aos 14 anos que apresentam-se satisfeitos, e somente 1 sujeito com idade inferior a 14 anos refere sentir-se muito satisfeito. Como referido, e verificando na tabela 24, esta diferença apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 12,000$ ;  $p = 0,002$ ). Na análise da relação entre a variável idade categorizada e as variáveis relativas aos testes de avaliação das funções mnésicas e intelectuais (para crianças e/ou adolescentes) não se verificam diferenças estatisticamente significativas. A relação entre a variável Patologia ou Normal e as variáveis relativas ao teste da figura complexa de rey, não se apresenta estatisticamente significativa, assim não foram apresentadas tabelas nem resultados descritivos disso mesmo por forma a reservar espaço para a somente apresentação de resultados estatisticamente significativos. Onde se analisa a relação entre a variável Patologia ou Normal e a variável Classificação do grau de depressão no IACLIDE, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 5,939$ ;  $p = 0,115$ ). Relativamente à diferença de resultados entre a variável categorizada Patologia ou Normal e o grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE, é estatisticamente significativa. Assim, analisa-se que a maioria dos sujeitos avaliados apresentam ausência de sintomatologia depressiva, embora seja mais evidente no grupo Normal (12 sujeitos) comparativamente com o grupo Patologia (6 sujeitos); 3 sujeitos com grau de depressão leve (2 sujeitos do grupo Patologia e 1 sujeito do grupo Normal); 2 sujeitos do grupo

patologia com grau depressivo moderado, e, 3 sujeitos do grupo patologia que apresenta o grau severo/grave quanto ao estado depressivo. Como referido, esta diferença apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 7,333$ ;  $p = 0,062$ ) (tabela 23).

**Tabela 24.** Chi-Quadrado para a diferença de idade categorizada na questão “*Está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?*” do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para normativos (WHOQOL-brief).

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	12,000(a)	2	,002
Likelihood Ratio	6,884	2	,032
Associação Linear-by-Linear	6,119	1	,013
N de Casos Válidos	12		

a 5 células (83,3%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 0,08.

**Tabela 23.** Chi-Quadrado para a diferença de patologia ou normal no Grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE * Patologia ou Normal

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	7,333(a)	3	,062
Likelihood Ratio	9,310	3	,025
Associação Linear-by-Linear	6,694	1	,010
N de Casos Válidos	26		

a 6 células (75,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 1,00.

Relativamente aos resultados seguintes torna-se possível analisar todos os itens respectivos ao questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos (*WHOQOL-brief*) relacionados com a variável categorizada *Patologia ou Normal*. Todavia, a distribuição estatística não foi calculada em todos os itens correspondentes isto porque, são representadas por uma constante; ou seja, os sujeitos avaliados nestas variáveis revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante. Neste sentido, esta interpretação é válida para cada resultado apresentado, tendo sido opção pessoal não referir esta mesma interpretação em todas as tabelas mencionadas evitando assim, a repetição da informação já apresentada. Onde se analisa a relação entre a variável *Patologia ou Normal* e a variável *Parâmetros de Normatividade da subescala Informação*, não se verifica diferença estatisticamente significativa. Por sua vez, verifica-se que dos 6 sujeitos avaliados 4 (3 sujeitos do grupo patologia e 1 sujeito do grupo normal) apresentam um desempenho abaixo do normativo e, por sua vez, 2 sujeitos do grupo normal apresentam um desempenho acima do normativo na subescala *Memória de Dígitos* inerente à escala de memória da WISC-III (crianças e adolescentes). De igual modo, ao analisarmos a tabela 25, verificamos que estas diferenças apresentam uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 3,000$ ;  $p = 0,083$ ).

**Tabela 25.** Chi-Quadrado para a diferença de patologia ou normal nos *Parâmetros de Normatividade da subescala Memória de Dígitos* * *Patologia ou Normal*

	Valor	df	Sig. (2-sided)
Chi-Quadrado Pearson	3,000(b)	1	,083
Correcção de continuidade(a)	,750	1	,386
Likelihood Ratio	3,819	1	,051
Teste Exacto de Fisher			
Associação Linear-by-Linear	2,500	1	,114
N de Casos Válidos	6		

a Calculada apenas para uma tabela 2x2

b 4 células (100,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 1,00.

Na variável “*Parâmetro de Normatividade Complemento de Gravuras*” a distribuição estatística não foi calculada, devido ao facto de serem representadas por uma constante, ou seja, os sujeitos nesta variável revelaram um desempenho satisfatório a nível global, apresentando desempenhos a um nível semelhante.

Relativamente ao emparelhamento de 26 pacientes de epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos) – média de idade verifica-se que a média de idade para os controlos é de 34,46% com um

desvio padrão de 17,529 e dos casos é 33,08% com desvio padrão 9,996, sendo estas diferenças significativas, do ponto de vista estatístico ( $t = -2,289$ ,  $p = 0,041$ ) (tabela 26).

**Tabela 26.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controles): Teste t para as diferenças médias na variável Idade

Par 1	Idade (Casos) – Normal Idade (Controlo)	Diferenças Emparelhadas				T	df	Sig. (2-tailed)	
		Média	Desvio Padrão	Erro Médio típico	Intervalo de confiança da diferença a 95%				
					Infer.				Super.
		-1,385	2,181	,605	-2,703	-,067	-2,289	12	,041

#### DADOS RELATIVOS AO RASTREIO DO ESTADO COGNITIVO E ESTADO DEPRESSIVO

Pela análise da tabela 27, verifica-se que quando emparelhados, os sujeitos normais (controles) apresentam resultados superiores no MMSE (29,69% e desvio padrão de 0,480); enquanto que o grupo patológico (casos) apresenta um resultado médio de 27,15% e desvio padrão de 2,911; sendo esta diferença estatisticamente significativa com um intervalo de confiança de 95% ( $t = -3,183$ ;  $p = 0,08$ ). Por sua vez, os casos de Epilepsia avaliados com o teste da Figura Complexa de Rey na cópia e riqueza e exactidão apresentam resultados médios de 31,15% e desvio padrão de 0,480; e 31,54% e desvio padrão de 4,58 respectivamente. Enquanto que os sujeitos normais apresentam resultados superiores de 34,19% e desvio padrão de 4,69; e 32,62% e desvio padrão de 4,68; respectivamente. Todavia, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Relativamente à reprodução por memória verifica-se o mesmo padrão de resultados do parágrafo anterior; ou seja, embora os sujeitos normais apresentem resultados superiores, estes não são estatisticamente significativos. Ainda na análise da tabela 27, verifica-se a distribuição dos pacientes com Epilepsia e sujeitos normais pelas categorias do nível de depressão no IACLIDE. Aí verifica-se que as pontuações médias do grupo patológico (casos) são superiores em cada uma das variáveis Dimensões do IACLIDE embora, somente as variáveis “*Dimensão Cognitiva*” (tabela 28;  $t = 3,411$   $p = 0,008$ ), “*Dimensão Desempenho da tarefa*” ( $t = 3,555$   $p = 0,004$ ) e “*F2*” ( $t = 3,838$   $p = 0,004$ ) sejam estatisticamente significativas. A tabela 27 revela-nos que as pontuações médias dos casos (grupo patológico) na Escala IACLIDE são de 36,70% (desvio padrão de 24,626) e dos sujeitos normais são de 12,90% (desvio padrão de 14,012). Estes resultados apresentam níveis de diferença, consideravelmente significativos ( $t = 2,834$ ;  $p = 0,020$ ). Nesta mesma tabela (27) apresentam-se as pontuações médias dos sujeitos (casos/patológicos e controlos/normais) em cada uma das variáveis *Incapacidades* do IACLIDE. Denota-se que a diferença média das pontuações dos controlos em todas as variáveis de *Incapacidades* é inferior (isto é, maior normalidade) que as pontuações dos casos. De realçar que os valores (a 95%) são de significância estatisticamente diferenciados em todas as variáveis (*Vida em Geral*,  $t = 3,266$ ;  $p = 0,010$ ; *Vida Social*,  $t = 2,394$ ;  $p = 0,040$ ; *Vida Familiar*,  $t = 2,533$ ;  $p = 0,032$ ), com excepção da variável *Vida de Trabalho* ( $t = 1,405$ ;  $p = 0,193$ ). Analisa-se ainda as pontuações médias dos sujeitos (casos e controlos) em cada uma das variáveis *Factores* do IACLIDE; aí verifica-se que a diferença média das pontuações dos controlos em todas as variáveis é inferior (isto é, maior normalidade) às pontuações

dos casos (com ligeira excepção do Factor F5). Todavia, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas no factor F2 ( $t= 3,838$ ;  $p= 0,004$ ) e factor F3 ( $t= 3,135$ ;  $p= 0,012$ ).

**Tabela 27.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Pontuações no MMSE, Figura Complexa de Rey e IACLIDE.

		Média	N	Desvio Padrão	Erro Médio
Par 1	Mini Mental State Examination	27,15	13	2,911	0,807
	Normal Mini Mental State Examination	29,69	13	0,480	0,133
Par 2	Figura Complexa de Rey - Cópia	31,1538	13	8,93352	2,47771
	Normal Figura Complexa de Rey - Cópia	34,1923	13	4,68837	1,30032
Par 3	Riqueza e Exactidão da Cópia	31,54	13	4,576	1,269
	Normal Riqueza e Exactidão da Cópia	32,62	13	4,682	1,299
Par 4	Tempo de Cópia	43,85	13	27,322	7,578
	Normal Tempo de Cópia	53,85	13	20,016	5,551
Par 5	Figura Complexa de Rey - Memória	18,3846	13	11,03999	3,06194
	Normal Figura Complexa de Rey - Memória	22,8462	13	8,53762	2,36791
Par 6	Riqueza e Exactidão da reprodução de memória	19,50	12	11,131	3,213
	Normal Riqueza e Exactidão na reprodução de memória	21,75	12	6,956	2,008
Par 7	Tempo da reprodução	46,92	13	32,567	9,032
	Normal Tempo de reprodução	63,46	13	21,926	6,081
Par 8	Dimensão Biológica	1,69993	10	1,146169	0,362450
	Normal Dimensão Biológica	0,98340	10	0,821961	0,259927
Par 9	Dimensão Cognitiva	1,60000	10	1,056199	0,333999
	Normal Dimensão Cognitiva	0,38000	10	0,626808	0,198214
Par 10	Dimensão Interpessoal	1,23330	10	1,227913	0,388300
	Normal Dimensão Interpessoal	0,36670	10	0,507935	0,160623
Par 11	Dimensão Desempenho de Tarefa	1,70000	10	1,257201	0,397562
	Normal Dimensão Desempenho de Tarefa	0,45000	10	0,562731	0,177951
Par 12	F1	3,81730	10	6,539303	2,067909
	Normal F1	0,74770	10	0,664420	0,210108
Par 13	F2	1,25890	10	1,064799	0,336719
	Normal F2	0,03090	10	0,570226	0,180321
Par 14	F3	1,33530	10	0,984462	0,311314
	Normal F3	0,27150	10	0,582383	0,184166
Par 15	F4	0,98000	10	0,882651	0,279119
	Normal F4	0,53330	10	0,984316	0,311268
Par 16	F5	0,83440	10	1,339260	0,423511
	Normal F5	0,88250	10	1,146165	0,362449
Par 17	Incapacidade para a vida em geral	1,43850	10	1,000494	0,316384
	Normal Incapacidade para a vida em geral	0,30350	10	0,528581	0,167152
Par 18	Incapacidade para o trabalho	1,44720	10	0,743623	0,235154
	Normal Incapacidade para o trabalho	1,00320	10	0,370745	0,117240
Par 19	Incapacidade para o trabalho	1,44720	10	0,743623	0,235154
	Normal Incapacidade para o trabalho	1,00320	10	0,370745	0,117240
Par 20	Incapacidade para a vida social	2,34040	10	1,250853	0,395554
	Normal Incapacidade para a vida social	1,37010	10	0,687844	0,217515
Par 21	Incapacidade para a vida de família	1,53610	10	0,850127	0,268834
	Normal Incapacidade para a vida de família	0,85800	10	0,290326	0,091809
Par 22	Pontuação Total no IACLIDE	36,70	10	24,626	7,788
	Normal Pontuação no IACLIDE	12,90	10	14,012	4,431

**Tabela 28.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (Casos) com sujeitos normais (Controlos): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no MMSE, Figura Complexa de Rey e IACLIDE.

		Diferenças Emparelhadas				T	df	Sig. (2-tailed)	
		Média	Desvio Padrão	Erro médio típico	Intervalo de confiança da diferença a 95% Infer. Super.				
Par 1	Mini Mental State Examination - Normal Mini Mental State Examination	-2,538	2,876	0,798	-4,276	-0,801	-3,183	12	,008
Par 2	Figura Complexa de Rey - Cópia - Normal Figura Complexa de Rey - Cópia	-3,03846	6,54619	1,81559	-6,99428	,91736	-1,674	12	,120
Par 3	Riqueza e Exactidão da Cópia - Normal Riqueza e Exactidão da Cópia	-1,077	3,328	,923	-3,088	,934	-1,167	12	,266
Par 4	Tempo de Cópia - Normal Tempo de Cópia	-10,000	36,401	10,096	-31,997	11,997	-,991	12	,341
Par 5	Figura Complexa de Rey - Memória - Normal Figura Complexa de Rey - Memória	-4,46154	9,01726	2,50094	-9,91061	,98753	-1,784	12	,100
Par 6	Riqueza e Exactidão da reprodução de memória - Normal Riqueza e Exactidão na reprodução de memória	-2,250	9,901	2,858	-8,541	4,041	-,787	11	,448
Par 7	Tempo da reprodução - Normal Tempo de reprodução	-16,538	47,801	13,258	-45,424	12,347	-1,247	12	,236
Par 8	Dimensão Biológica - Normal Dimensão Biológica	,716530	1,347263	,426042	-,247244	1,680304	1,682	9	,127
Par 9	Dimensão Cognitiva - Normal Dimensão Cognitiva	1,220000	1,131174	,357709	,410807	2,029193	3,411	9	,008
Par 10	Dimensão Interpessoal - Normal Dimensão Interpessoal	,866600	1,389664	,439450	-,127506	1,860706	1,972	9	,080
Par 11	Dimensão Desempenho de Tarefa - Normal Dimensão Desempenho de Tarefa	1,250000	1,111805	,351584	,454662	2,045338	3,555	9	,006
Par 12	F1 - Normal F1	3,069600	6,661438	2,106532	-1,695705	7,834905	1,457	9	,179
Par 13	F2 - Normal F2	1,228000	1,011736	,319939	,504248	1,951752	3,838	9	,004
Par 14	F3 - Normal F3	1,063800	1,072972	,339304	,296242	1,831358	3,135	9	,012
Par 15	F4 - Normal F4	,446700	1,459647	,461581	-,597469	1,490869	,968	9	,358
Par 16	F5 - Normal F5	-,048100	1,503095	,475320	-1,123349	1,027149	-,101	9	,922
Par 17	Incapacidade para a vida em geral - Normal Incapacidade para a vida em geral	1,135000	1,098799	,347471	,348967	1,921033	3,266	9	,010
Par 18	Incapacidade para o trabalho - Normal Incapacidade para o trabalho	,444000	,998977	,315904	-,270625	1,158625	1,405	9	,193
Par 19	Incapacidade para o trabalho - Normal Incapacidade para o trabalho	,444000	,998977	,315904	-,270625	1,158625	1,405	9	,193
Par 20	Incapacidade para a vida social - Normal Incapacidade para a vida social	,970300	1,281769	,405331	,053378	1,887222	2,394	9	,040
Par 21	Incapacidade para a vida de família - Normal Incapacidade para a vida de família	,678100	,846596	,267717	,072482	1,283718	2,533	9	,032
Par 22	Pontuação Total no IACLIDE - Normal Pontuação no IACLIDE	23,800	26,557	8,398	4,802	42,798	2,834	9	,020

Considerando uma nota ponderada para grau de depressão transformando-se os níveis do CDI (crianças) e IACLIDE (adultos) que variam de 1 a 4 (ausência e depressão severa), verifica-se que o grupo patológico apresenta níveis médios ponderados com valor de 2,15% e desvio padrão de 1,281 e o grupo normativo com níveis médios ponderados 1,08% e desvio padrão de 0,277. Sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t= 2,809$ ,  $p= 0,016$ ). Relativamente à escala de memória, o grupo patológico apresenta níveis médios ponderados com valor de 11,60% e desvio padrão de 5,641 e o grupo normativo com níveis médios ponderados 5,50% e desvio padrão de 4,453. Sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t= 3,013$ ,  $p= 0,015$ ). Outra escala que apresenta diferenças estatisticamente significativas corresponde à Pontuação total da escala dos processos intelectuais (WISC-III); onde se verifica uma média ponderada de 40,33% e desvio padrão de 9,018 para o grupo patológico e, uma média ponderada de 43,00% e desvio padrão de 8,000 para o grupo normativo. Como referido, estas diferenças apresentam como valores estatisticamente significativos de  $t= -4,000$   $p= 0,057$ . Na Tabela 29 apresentam-se as pontuações médias dos sujeitos (Casos e Controlos) em duas das Escalas Clínicas da LNNB (C10 e C11) e cinco das Escalas da WISC-III (Informação, Aritmética, Memória de Dígitos, Semelhanças e Complemento de Gravuras). Nesta tabela verifica-se que a diferença média das pontuações dos controlos (Adultos) nas referidas escalas clínicas é inferior (ou seja, maior normalidade) às pontuações dos casos. A única escala onde se verifica nível estatístico de significância (tabela 29) para a diferença de médias é a escala Processos Intelectuais subjacentes à WISC-III, com  $p= 0,057$ .

**Tabela 29.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos): Teste t para as diferenças médias nas pontuações do CDI e IACLIDE, e das Escalas Clínicas da LNNB utilizadas e da WISC-III.

		Diferenças Emparelhadas				T	df	Sig. (2-tailed)	
		Média	Desvio Padrão	Erro Médio típico	Intervalo de confiança da diferença a 95% Infer. Super.				
Par 1	Grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE - Normal Grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE	1,077	1,382	,383	,242	1,912	2,809	12	,016
Par 2	Pontuação Total no CDI - Normal Pontuação Total no CDI	-1,000	2,828	2,000	-26,412	24,412	-,500	1	,705
Par 3	Escala Memória - Normal Escala Memória	6,100	6,402	2,025	1,520	10,680	3,013	9	,015
Par 4	Escala Processos Intelectuais - Normal Processos Intelectuais	4,600	11,993	3,792	-3,979	13,179	1,213	9	,256
Par 5	Informação - Normal Informação	-2,667	4,163	2,404	-13,009	7,676	-1,109	2	,383
Par 6	Aritmética - Normal Aritmética	-,333	2,517	1,453	-6,585	5,918	-,229	2	,840
Par 7	Memória de Dígitos - Normal Memória de Dígitos	-1,667	4,509	2,603	-12,868	9,535	-,640	2	,588
Par 8	Semelhanças - Normal Semelhanças	-1,667	4,933	2,848	-13,921	10,587	-,585	2	,618
Par 9	Complemento de Gravuras - Normal Complemento de Gravuras	-1,000	4,583	2,646	-12,384	10,384	-,378	2	,742
Par 10	Pontuação total WISC - Escalas Memória - Normal Pontuação total WISC - Escalas Memória	-4,667	9,074	5,239	-27,207	17,874	-,891	2	,467
Par 11	Pontuação total WISC - Escalas Processos Intelectuais - Normal Pontuação total WISC - Escalas Processos Intelectuais	-2,667	1,155	,667	-5,535	,202	-4,000	2	,057

## DADOS RELATIVOS AO RASTREIO DA QUALIDADE DE VIDA

Para compararmos os dois instrumentos de Qualidade de Vida considerou-se que, e tendo como referência a literatura em que os valores indicativos de Boa Qualidade de Vida são aqueles que se aproximam de 100, seria fundamental a estratificação em 3 níveis numa lógica de percentis – 1 até 33 inclusive, 2 superior a 33 até 66 inclusive, e 3 superior a 67. Relativamente ao emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controlos) – qualidade de vida ponderada comparando o QOLIE-31 e WHOQOL-brief, verifica-se que dos 13 casos de Epilepsia avaliados com o

teste *Qualidade de Vida para a Epilepsia QOLIE-31* (3 não foram considerados por não terem respondido ao teste), 10 dos pacientes 1,80% são categorizados com uma baixa qualidade de vida. Em comparação, dos 10 sujeitos normais avaliados com o teste de qualidade de vida para normativos (*WHOQOL-brief*) 3,00% são categorizados com uma excelente qualidade de vida. As diferenças de distribuição (tabela 30) apresentam-se como estatisticamente significativas ( $t = -6,000$ ;  $p = ,000$ ).

**Tabela 30.** Emparelhamento de 26 pacientes de Epilepsia (casos) com sujeitos normais (controles): Teste t para as diferenças médias nas variáveis QOLIE-31 e WHOQOL-brief

		Diferenças Emparelhadas				t	df	Sig. (2-tailed)
		Média	Desvio Padrão	Erro médio típico	Intervalo de confiança da diferença a 95%			
Par 1	Grupo Patológico - Qualidade de vida ponderada em três níveis comparando o QOLIE-31 e o WHOQOL - Grupo Normal - Qualidade de vida ponderada em três níveis comparando o QOLIE-31 e o WHOQOL	-1,200	,632	,200	-1,652 - ,748	-6,000	9	,000

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente apresentaremos uma discussão mais centrada nos resultados estatisticamente significativos de acordo com os vários testes estatísticos utilizados. Assim, começando pela análise do **Teste t** que, por sua vez, analisa as diferenças numéricas quando se selecciona uma variável dicotómica de referência, verificamos a presença de determinados resultados estatisticamente significativos que importa realçar. Neste sentido, quando se avalia e selecciona a variável idade dos sujeitos emparelhados (como vimos na tabela 2 e 3, respectivamente) verifica-se que as diferenças apresentam-se como estatisticamente significativas ( $t = -2,289$ ;  $p = 0,041$ ). Este resultado não deixa de ser relevante na medida em que, tivemos a preocupação de emparelhar os sujeitos pela faixa etária  $\pm 3$  anos. Em estudos anteriores (Maia, 2006) a utilização de uma faixa temporal de  $\pm 3$  anos foi suficiente para assegurar um perfeito emparelhamento entre os sujeitos. No presente estudo, por sua vez, tal não ocorreu. Futuramente então, melhor seria estreitar os anos de emparelhamento no máximo de 2 anos. De igual modo, tivemos o cuidado de utilizar uma metodologia já utilizada em outro estudo do mesmo grupo de estudos (Maia, 2002), em que os sujeitos são emparelhados por Sexo, Idade e Escolaridade com o sentido de reduzir ao máximo o enviesamento típico de estudos em que se compara os sujeitos com as suas idiossincrasias particulares.

Utilizando assim o **Teste não paramétrico Mann-Whitney U (Two Independent Samples Test)**, de forma a testar as diferenças significativas na amostra em estudo bem como, analisar os seus desempenhos nas diferentes provas, discutiremos aqui apenas os resultados estatisticamente significativos. Como podemos analisar pelas tabelas, a Dimensão Interpessoal (IACLIDE) apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $Teste U = 13,000$ ;  $p = 0,065$ ) bem como, Incapacidade para a vida social (QOLIE-31) ( $Teste U = 8,000$ ;  $p = 0,022$ ). De igual modo, as Dimensões Física e Psicológica (WHOQOL-brief) encontram-se também diferenciadas de forma estatisticamente significativas ( $Teste U = 0,000$ ;  $p = 0,030$  e  $Teste U = 0,500$ ;  $p = 0,030$ , respectivamente). Assim, **os nossos resultados parecem estar em concordância com os estudos de diversos autores, nos**

quais referem que os factores sociais adversos podem relacionar-se com a percepção do estigma e a discriminação social associada à Epilepsia, o que contribui para a baixa auto-estima do paciente ou a protecção exagerada da família (Strehl, Kotchoubey, Trevorrow & Birbaumer, 2005; Silva & Cavalheiro, 2004; Ure, 2004), podendo contribuir para a justificação dos resultados elevados em determinadas dimensões dos testes administrados aos sujeitos avaliados; ou seja, os factores sociais adversos condicionam significativamente as relações interpessoais e o seu próprio desempenho em contexto social. Neste sentido, obrigatoriamente, esta disfuncionalidade a nível do contexto social provoca repercussões a nível pessoal (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006).

Quando se selecciona a variável dicotómica Grupo Normal ou Patológico para as variáveis numéricas presentes (como vimos na tabela 5), verificamos que no MMSE existem resultados estatisticamente significativos (*Teste U* = 31,500; *p* = 0,05) bem como a Dimensão Cognitiva (*Teste U* = 15,500; *p* = 0,04), Dimensão Interpessoal (*Teste U* = 26,000; *p* = 0,043), e Dimensão Desempenho de tarefa (*Teste U* = 19,500; *p* = 0,019), os factores F1 (*Teste U* = 24,000; *p* = 0,052), F2 (*Teste U* = 15,000; *p* = 0,07) e F3 (*Teste U* = 20,000; *p* = 0,023), inerentes ao questionário de avaliação do estado de humor (IACLIDE). Ainda quando se compara a referida variável dicotómica constatamos que no âmbito da qualidade de vida para o grupo patológico apresentam como resultados a relevar estatisticamente a Incapacidade para a vida em geral (*U* = 16,000; *p* = 0,09), Incapacidade para a vida social (*U* = 21,000; *p* = 0,029) e Incapacidade para a vida de família (*Teste U* = 17,000; *p* = 0,011). Por sua vez, somente se evidenciam os resultados relativos à escala quanto à variável dicotómica Grupo normal ou Patológico (*Teste U* = 19,000; *p* = 0,019). Ao analisarmos quais as dimensões que, independentemente do teste estatístico utilizado, apresentam **maiores resultados estatisticamente significativos destacam-se, neste momento, aquelas que se relacionam com a dimensão do estado de humor dos sujeitos avaliados dado que, a esfera do humor é uma variável fundamental na interpretação dos resultados no âmbito da Epilepsia. Ou seja, a depressão é o sintoma psiquiátrico mais frequente nos pacientes com epilepsia.** Num estudo epidemiológico recente e amplo nos Estados Unidos, o autor Blum e os seus colaboradores (2002, *cit. in* Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Galluci, 2005) encontraram 29% de prevalência de depressão em pacientes com epilepsia contra 9% na população geral. Por sua vez, um estudo de caso controle desenvolvido na Suécia por Forsgren & Nystrom (1990 *cit. in* Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Galluci, 2005) encontrou entre os pacientes com epilepsia uma história de depressão precedendo a primeira crise epiléptica cerca de três vezes mais frequente do que nos pacientes do grupo controle. Quando a análise se restringiu a pacientes com crises parciais, uma história prévia de depressão foi 17 vezes mais comum entre os pacientes com epilepsia do que no grupo controle, o que demonstra uma relação bidireccional entre estas doenças, com possíveis mecanismos etiopatogénicos comuns. Quando se selecciona a variável dicotómica Sexo (Masculino e Feminino) para as restantes

variáveis numéricas, conferimos que a Dimensão desempenho da tarefa (*Teste U* = 6,000; *p* = 0,011), factor F1 (*Teste U* = 2,000; *p* = 0,02) e incapacidade para a vida social (*Teste U* = 8,000; *p* = 0,022) pertencentes ao IACLIDE conferem diferenças estatisticamente significativas. De igual modo, no âmbito da qualidade de vida para normativos verifica-se que a dimensão física (*Teste U* = 0,000; *p* = 0,030) e psicológica (*Teste U* = 0,500; *p* = 0,030) conferem resultados significativos a nível estatístico. Torna-se importante referir que, embora frequente, a depressão encontra-se sub-diagnosticada entre os pacientes com epilepsia, como mostra o estudo de Kanner e os seus colaboradores (2000 *cit. in* Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Galluci, 2005), em que 60% dos pacientes apresentavam sintomatologia por mais de um ano sem qualquer tipo de tratamento.

De seguida, discutiremos aqui apenas as correlações estatisticamente significativas. Assim as variáveis, MMSE e Figura Complexa de Rey Cópia e Memória, Riqueza e Exactidão da cópia e reprodução, e Tempo da Reprodução (com excepção do tempo de cópia) encontram-se fortemente correlacionadas de forma positiva, com valor de *Pearson* de 0,743 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000 para MMSE e figura complexa de rey – cópia. Para riqueza e exactidão da cópia e MMSE o valor de *Pearson* de 0,446 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,023; com valor de *Pearson* de 0,604 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001 para MMSE e figura complexa de rey por memória; com valor de *Pearson* de 0,557 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,004 para MMSE e riqueza e exactidão da reprodução por memória; e, com valor de *Pearson* de 0,553 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,003 para MMSE e tempo da reprodução (como vimos na tabela 7). Na Tabela 8 verificou-se que a idade e a dimensão biológica e cognitiva apresentam uma correlação negativa em que quanto maior o valor numa das variáveis em causa menor era a outra variável a relacionar; verificando-se assim, uma correlação inversa com valor de *Pearson* de -0,453 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,039 para a dimensão biológica; e com valor de *Pearson* de -0,452 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,039 para a dimensão cognitiva. Em contrapartida, a idade e a dimensão desempenho de tarefa apresentam uma correlação positiva, em que uma influencia directamente a outra, apresentando assim um valor de *Pearson* de 0,497 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,026. De acordo com a literatura, existe uma multiplicidade de factores desencadeantes de depressão na epilepsia, particularmente os aspectos biológicos parecem mais importantes na determinação da depressão, e crises parciais complexas de origem do lóbulo temporal, particularmente do lado esquerdo, parecem ser o factor de risco principal da depressão interictal (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004; Ettinger, 2004; Karzmark, Zeifert & Barry, 2001).

Torna-se possível ainda, verificar as várias dimensões inerentes ao mesmo teste na medida em que, ao analisarmos a dimensão biológica aferimos que esta mesma variável possui uma correlação positiva com diversas dimensões e factores do mesmo teste (*IACLIDE*) nomeadamente dimensão cognitiva (com valor de *Pearson* 1,000 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000), interpessoal (com valor de *Pearson* 0,680 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,01), e desempenho de tarefa (com valor

de *Pearson* 0,826 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000), factores F2 (com valor de *Pearson* 0,762 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000), F3 (com valor de *Pearson* 0,889 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000), F4 (com valor de *Pearson* 0,645 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,002), e F5 (com valor de *Pearson* 0,738 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000). Assim, verifica-se uma correlação directa entre as dimensões e factores supramencionados.

**Como já referido, de acordo com a vasta literatura directamente relacionada com a esfera das perturbações de humor, a depressão é provavelmente a perturbação mais comum entre pacientes com epilepsia** (Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Kairalla, Bressan & Mari, 2004; Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005). Esta associação pode estar relacionada com a interacção complexa de factores genéticos, bioquímicos e psicossociais. Alguns pacientes, quando recebem o diagnóstico de epilepsia, apresentam um período de tristeza e de adaptação; após elaborar esta situação tendem a voltar ao seu estado de humor dito normal (Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005). Todavia, existem casos que podem desenvolver um quadro depressivo com características de morbilidade (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). É de salientar as correlações positivas e directas entre as várias incapacidades do mesmo teste (*IACLIDE*) e a sua pontuação total. Particularmente, a incapacidade para a vida em geral apresenta uma correlação positiva com a incapacidade para o trabalho (com valor de *Pearson* 0,640 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,002), incapacidade para a vida social (com valor de *Pearson* 0,925 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000), incapacidade para a vida familiar (com valor de *Pearson* 0,903 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000) e pontuação total no *IACLIDE* (com valor de *Pearson* 0,976 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000). Tal como se verifica na tabela anterior (8), as dimensões, factores e incapacidades inerentes ao teste *IACLIDE* estão fortemente correlacionadas positivamente entre elas (com única excepção do Factor F1). De acordo com vários autores, nomeadamente Kairalla, Bressan, & Mari (2004), as crises epilépticas por si só, ou ainda associadas ao estigma social que giram em torno delas, tendem a prejudicar o desempenho produtivo e as relações afectivas do paciente. O somatório das frustrações decorrentes, do cerceamento frequente das suas vontades e competências, provocada pela ocorrência das crises, acaba por gerar cognitivamente no paciente e dos que o rodeiam, um bloqueio significativos das perspectivas de realizações gratificantes no transcorrer da vida (a esta perda de expectativa no futuro denomina-se “desesperança” ou pessimismo”). Consequentemente, a desesperança – agravante de um quadro depressivo – poderia actuar como um factor psíquico desencadeante de crises epilépticas, que por sua vez, acentuariam o quadro depressivo, criando assim um círculo vicioso de prognóstico negativo. Os estados depressivos podem ser de curta duração, por vezes de algumas horas, todavia podem ser prolongar, adoptando formas de pessimismo, hipocondria, tristeza (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Quando se analisa a tabela 10, nomeadamente a relação entre a idade e as dimensões da avaliação da qualidade de vida na Epilepsia (*QOLIE-31*) verifica-se que, para determinadas dimensões ocorrem

correlações negativas nomeadamente Sociabilidade (com valor de *Pearson* -0,834 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,003), Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos (com valor de *Pearson* -0,863 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001) e Pontuação Global do questionário (com valor de *Pearson* -0,763 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,010). Assim, entre as referidas dimensões existe uma relação inversa entre elas na medida em que, quando uma variável aumentou a outra diminuiu. Por sua vez, **o papel determinante destas mesmas variáveis na qualidade de vida difere de acordo com os vários estudos desenvolvidos; na medida em que, existem autores que consideram que a idade é a variável mais significativa que explica a redução da qualidade de vida, em contrapartida, outro autor considera que a frequência das convulsões é um factor determinante** (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006).

Todavia, a dimensão Aspectos emocionais apresenta uma correlação positiva com a Pontuação global do questionário (com valor de *Pearson* 0,851 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,002) tal como a dimensão Vitalidade (com valor de *Pearson* 0,788 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,007) embora esta apresente o mesmo tipo de correlação também com as dimensões Sociabilidade (com valor de *Pearson* 0,871 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001) e Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos (com valor de *Pearson* 0,754 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,012). Neste sentido, ocorre uma relação directa entre as variáveis referidas, isto é, ao aumentar uma dimensão obrigatoriamente e directamente aumenta a outra dimensão positivamente correlacionada. Por sua vez, a dimensão Sociabilidade apresenta correlações positivas e negativas de acordo com outras dimensões em questão; assim, para além das já referidas, ostenta correlação negativa com as variáveis Idade (com valor de *Pearson* -0,834 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,003) e Aspectos Cognitivos (com valor de *Pearson* -0,710 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,021) através de uma relação inversa. De igual modo, a mesma dimensão (Sociabilidade) apresenta ainda, correlação positiva e directa com as variáveis Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos (com valor de *Pearson* 0,949 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000) e Pontuação Global (com valor de *Pearson* 0,872 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001). Também Swinkels, Kuyk, Van Dyck & Spinhoven (2005) num estudo desenvolvido, referem que as questões relacionadas com o contexto social, nomeadamente o medo e a preocupação relativamente às suas convulsões, percebidas como estigma e discriminação (particularmente na esfera social), e a falta de suporte social, são consideradas potenciais variáveis etiológicas (psicossociais) no desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Relativamente à dimensão Efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos, esta para além das correlações supramencionadas, ostenta ainda uma relação negativa e inversa com a variável Idade (com valor de *Pearson* -0,863 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001) e dimensão Aspectos Cognitivos (com valor de *Pearson* -0,692 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,027); e, uma correlação positiva e directa com a variável Pontuação Global (com valor de

*Pearson* 0,871 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001). **De acordo com vários autores, o tratamento das crises epilépticas possui um vínculo com a afectação das funções cognitivas, fundamentalmente na área da aprendizagem e da memória** (Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001; Ure, 2004). Todavia em alguns indivíduos os fármacos anti-epilépticos melhoram as funções cognitivas; ao incidir na alteração cognitiva transitória de uma forma continuada produz-se um bloqueio no processo de codificação, o qual interfere na capacidade de atender à informação, processá-la, armazená-la ou recuperá-la. Assim, há uma interrupção do processo de consolidação (Artigas, 1999). Ao analisar a tabela 11 verificamos quais as dimensões da qualidade de vida no grupo Normal estão directa ou inversamente correlacionadas com determinadas variáveis em questão. O questionário *WHOQOL-brief* (específico para avaliação da qualidade de vida) é constituído por diversas questões que se organizam em cinco dimensões específicas, particularmente a dimensão física, psicológica, relações sociais, meio ambiente e por último, dimensão global. Assim, verifica-se que a dimensão física apresenta uma correlação positiva com outras variáveis do mesmo questionário, nomeadamente com a dimensão meio ambiente (com valor de *Pearson* 0,808 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001), dimensão global (com valor de *Pearson* 0,678 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,015) e com a pontuação total da qualidade de vida (com valor de *Pearson* 0,957 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,00). Neste sentido, como as referidas variáveis apresentam uma relação positiva, então o resultado de uma influência directamente o resultado da outra variável em questão. Por sua vez, a dimensão psicológica somente se encontra correlacionada positivamente com a pontuação global do questionário (com valor de *Pearson* 0,732 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,007). Relativamente à dimensão meio ambiente, para além da correlação com a dimensão física já supramencionada, revela essa mesma correlação directa com a pontuação global (com valor de *Pearson* 0,816 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,001). Assim, torna-se possível ostentar que a variável pontuação total da qualidade de vida é aquela que mais correlações positivas apresenta com as outras variáveis em questão. Relativamente às correlações existentes entre a variável idade e as escalas de memória e processos intelectuais (de acordo com a faixa etária dado que, utilizou-se diferentes testes para avaliar o mesmo constructo tendo em conta se tratasse de um adulto ou criança e/ou adolescente) e analisando a tabela 12, verifica-se que a idade está directamente correlacionada com a sub-escala informação (com valor de *Pearson* 0,828 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,042) e pontuação total WISC das escalas relativas aos processos intelectuais (com valor de *Pearson* 0,831 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,041). Por sua vez, a escala memória (pertencente à Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska – adultos) apresenta uma correlação positiva e directa com a escala dos processos intelectuais (com valor de *Pearson* 0,787 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,000) e vice-versa. Mais uma vez os nossos dados estão de acordo com a literatura, onde se refere que muitos doentes com epilepsia apresentam déficits intelectuais que

podem estar directamente relacionados com a frequência e tipo de convulsões, bem como o tipo de fármacos a que está a ser sujeito (Espie, Watkins, Duncan, Sterrick, Mcdonach, Espie & Mcgarvey, 2003). Quanto às sub-escalas relativas à Escala memória (pertencente à Escala de Inteligência de Wescheler, WISC-III – crianças e/ou adultos), denota-se que a sub-escala Informação apresenta uma correlação positiva com a variável idade (com valor de *Pearson* 0,828 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,042), e tal como a sub-escala Aritmética ostenta ainda uma correlação positiva com a sub-escala Semelhanças (com valor de *Pearson* 0,839 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,037) e pontuação total WISC – escalas memória e processos intelectuais (com valor de *Pearson* 0,893 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,017 e valor de *Pearson* 0,840 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,036, respectivamente). Ao analisar detalhadamente estes resultados, e tendo em consideração que as subescalas apresentadas são específicas à população infantil avaliada, verificamos que a subescala Aritmética apresenta resultados significativos que se relacionam com alguns dados apresentados pela literatura. **Assim, de acordo com os autores Hazin & Falcão (2000), as crianças epiléticas apresentam dificuldades de aprendizagem, em especial no contexto das actividades de matemática.** Relativamente à sub-escala memória de dígitos, esta apresenta correlação positiva com a pontuação total da escala a que pertence (com valor de *Pearson* 0,827 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,042), assim podemos referir que o seu resultado provoca uma influência directa na pontuação total da escala memória. Em contrapartida, a sub-escala semelhanças (inerente à escala processos intelectuais) apresenta correlação positiva quer com a pontuação total da escala a que pertence (com valor de *Pearson* 0,925 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,008), como também com a pontuação total da escalas memória (com valor de *Pearson* 0,929 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,007). Por sua vez, torna-se importante referir, que as pontuações totais de cada uma das respectivas escalas (memória e processos intelectuais) encontram-se directamente correlacionadas entre si (com valor de *Pearson* 0,951 e nível estatístico de significância ( $\rho$ ) de 0,004). Relativamente à análise da correlação a variável MMSE apresenta, curiosamente, correlações negativas de acordo com determinadas dimensões do IACLIDE (avaliação do estado de humor entre os dois grupos – grupo patológico e grupo normal). Assim, entre o MMSE e as dimensões biológica, cognitiva e desempenho de tarefa ocorre uma correlação negativa e inversa no desempenho dos sujeitos nestas mesmas provas. Ou seja, estes resultados sugerem que quanto maior a pontuação obtida no MMSE menor foi os resultados no IACLIDE, apresentando assim um valor de *pearson* de -0,580 e um nível de significância de 0,006 (a 99%). O mesmo tipo de interpretação aplica-se também nos seguintes casos na medida em que, o MMSE apresenta correlação negativa com a dimensão cognitiva e desempenho de tarefa (com valor de *pearson* -0,586 e nível de significância de 0,005 a 99% e valor de *pearson* -0,692 e nível de significância 0,001 a 99%, respectivamente). De igual modo, para além das dimensões referidas, os resultados apresentados no MMSE também se correlacionam negativamente com a maioria dos factores do IACLIDE,

particularmente F2 (agrupa sintomas relativos a uma personalidade obsessiva em que está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio), F3 (reúne os elementos da “constelação suicida”), e F4 (representa sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência dos outros). Neste sentido, torna-se possível referir ainda que os valores (a 99%) são de significância estatisticamente diferenciados em todas as variáveis referidas (**F2** –  $r = -0,644$ ;  $p = 0,002$ ; **F3** –  $r = -0,488$ ;  $p = 0,029$ ; **F4** –  $r = -0,581$ ;  $p = 0,007$ ), e a relação apresenta inversamente proporcional na medida em que, quanto maior eram os resultados apresentados pelos sujeitos avaliados menor eram as respectivas pontuações nos referidos factores do IACLIDE (isto é, maior normalidade). Por sua vez, e relativamente às incapacidades do IACLIDE (incapacidade para a vida em geral, incapacidade para o trabalho, incapacidade para a vida social, incapacidade para a vida em família) estas também se encontram inversamente/negativamente correlacionadas com o teste MMSE ( $r = -0,712$  e  $p = 0,000$ ;  $r = -0,480$  e  $p = 0,032$ ;  $r = -0,619$  e  $p = 0,004$ ;  $r = -0,679$  e  $p = 0,001$ ). Tendo em consideração os resultados apresentados, particularmente a incidência das correlações negativas entre o MMSE e a maioria das dimensões, factores e incapacidades do IACLIDE, obviamente que este tipo de correlação se estende à pontuação total do IACLIDE em relação com o MMSE, apresentado também valores estatisticamente significativos ( $r = -0,688$  e  $p = 0,001$  a 99%). Relativamente à análise da correlação entre o MMSE e a qualidade de vida, verifica-se que existe uma correlação positiva entre estas duas variáveis, nomeadamente entre o MMSE e a qualidade de vida global ( $r = 0,656$  e  $p = 0,039$  a 95%). Assim, existe uma relação directa entre os desempenhos obtidos nas referidas provas, ou seja, quanto maior foi o resultado dos sujeitos no MMSE maior foi o índice sugestivo de melhor qualidade de vida (isto é, melhor normalidade). De acordo com a literatura, de facto, **as alterações que a Epilepsia ocasiona sobre o funcionamento cognitivo, condicionam a qualidade de vida do paciente e interferem com o seu desenvolvimento pessoal, académico, laboral e social** (Artigas, 1999; Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes & Guerreiro, 2003; Filho & Gomes, 2004; Veiga, Rosario-Campos, Quarantini & Mercadante, 2004; Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006). Ao analisarmos o desempenho nas escalas de memória e processos intelectuais (em adultos e crianças/adolescentes), verificamos que entre o MMSE e a escala memória ocorre uma correlação negativa ( $r = -0,512$  e  $p = 0,021$  a 95%) sendo então bastante positivo para os sujeitos avaliados na medida em que, havendo uma relação inversa (quanto maior foi o resultado no MMSE menor o valor obtido nas provas de memória) sugere-nos resultados mais favoráveis e de maior normalidade para as provas em questão (pois, no MMSE quanto maior a pontuação obtida menor a presença de deterioro cognitivo; por sua vez, quanto maior a pontuação na escala de memória para adultos maior o déficit cognitivo). Relativamente ao desempenho das crianças/adolescentes, verifica-se que existe uma correlação positiva entre o MMSE e a sub-escala informação ( $r = 0,839$  e  $p = 0,037$  a 95%), ou seja, ocorrendo assim uma relação directa entre o

desempenho das crianças/adolescentes nas referidas provas, sendo também bastante positivo na medida em que, quanto maior a pontuação obtida no MMSE (isto é, maior normalidade) maior os resultados demonstrados na prova informação (isto é, maior normalidade). Este tipo de correlação também se verifica na pontuação total das escalas da memória na WISC-III, apresentado valores estatisticamente significativos ( $r = 0,837$  e  $p = 0,038$  a 95%).

Ao analisarmos as correlações existentes entre a Figura Complexa de Rey (por cópia) e as restantes variáveis verifica-se uma série de correlações positivas e negativas fortemente significativas que importa realçar. Assim, entre a figura complexa de rey por cópia e determinadas dimensões do IACLIDE verifica-se uma correlação fortemente negativa, particularmente com as Dimensões Biológica ( $r = -0,716$  e  $p = 0,000$  a 99%), Cognitiva ( $r = -0,718$  e  $p = 0,000$  a 99%) e Desempenho de Tarefa ( $r = -0,592$  e  $p = 0,006$  a 99%). Para além das dimensões referidas, desenvolve correlações ainda com os Factores do IACLIDE, nomeadamente com os factores F2 (relativo a uma personalidade obsessiva e uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio), e F4 (sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência dos outros); neste sentido, apresenta correlação negativa e inversa com F2 ( $r = -0,510$  e  $p = 0,022$  a 95%) e F4 ( $r = -0,495$  e  $p = 0,026$  a 95%). De igual modo, apresenta correlações negativas com algumas das Incapacidades inerentes ao IACLIDE, particularmente com a incapacidade para a vida em geral ( $r = -0,587$  e  $p = 0,007$  a 99%), incapacidade para a vida social ( $r = -0,554$  e  $p = 0,011$  a 95%) e incapacidade para a vida em família ( $r = -0,610$  e  $p = 0,004$  a 99%). Por sua vez, a figura complexa de rey por cópia mantém também correlação negativa com a pontuação total do IACLIDE ( $r = -0,560$  e  $p = 0,010$  a 95%). Tendo em consideração os resultados apresentados, constata-se que as correlações desenvolvidas entre a figura complexa de rey por cópia e as várias dimensões, factores e incapacidades do IACLIDE são bastante fortes e são estatisticamente significativas. Por sua vez, as correlações são negativas e inversas, isto é, aquando do aumento dos resultados/pontuações obtidos pelos sujeitos avaliados nas várias dimensões do teste da figura complexa de rey ocorre a diminuição dos resultados no teste IACLIDE, sendo um predictor bastante positivo. Por sua vez, apresenta correlação positiva e directa com a variável qualidade de vida global ( $r = 0,639$  e  $p = 0,047$  a 95%) e com uma das dimensões do mesmo teste de avaliação da qualidade de vida, particularmente com a dimensão psicológica ( $r = 0,732$  e  $p = 0,007$  a 99%). Estas correlações são bastante significativas como se pode observar pelos resultados apresentados; é de considerar ainda que, altas pontuações na realização da cópia da figura complexa de rey revelaram resultados muito bons (reflectindo-se posteriormente num percentil mais elevado), o que também se verificou na qualidade de vida, pois quanto mais elevada foi a pontuação melhor indicador de excelente qualidade de vida.

Relativamente à avaliação de outros constructos, nomeadamente memória e processos intelectuais, recorreu-se a diferentes testes para avaliar isso mesmo devido à faixa etária dos sujeitos avaliados. Assim, verificando os resultados obtidos na figura complexa de rey por cópia e nas escalas de

memória e processos intelectuais (da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska) aferimos que existe uma correlação negativa entre estas variáveis; ou seja, entre a figura complexa de rey por cópia e a escala de memória verifica-se que entre elas existe uma relação inversa ( $r = -0,520$  e  $p = 0,019$  a 95%) na medida em que, o aumento de uma das variáveis ocorre obrigatoriamente a diminuição da outra variável em questão. Como já referido, também ocorre uma relação inversa entre a figura complexa de rey e a escala processos intelectuais ( $r = -0,464$  e  $p = 0,039$  a 95%); verificando-se assim, resultados estatisticamente significativos. Relativamente às provas aplicadas às crianças e adolescentes de forma a avaliar os mesmos constructos do parágrafo anterior, verifica-se que também ocorre uma correlação embora positiva entre a subescala informação ( $r = 0,902$  e  $p = 0,014$  a 95%) (inerente à escala memória da WISC-III), a pontuação total das escalas de memória – WISC-III ( $r = 0,888$  e  $p = 0,018$  a 95%), e, pontuação total das escalas processos intelectuais – WISC-III ( $r = 0,908$  e  $p = 0,012$  a 95%). Outra das dimensões do teste da figura complexa de rey é a riqueza e exactidão da cópia que apresenta correlações negativas ou positivas de acordo com a variável em questão. Assim, ocorre uma correlação negativa e inversa entre a riqueza e exactidão da cópia e a dimensão biológica ( $r = -0,779$  e  $p = 0,000$  a 99%) e dimensão cognitiva ( $r = -0,781$  e  $p = 0,000$  a 99%) respectivas do IACLIDE. Neste sentido, ao se desenvolver uma relação inversa significa que o aumento de uma das variáveis provoca a diminuição da outra, particularmente, verificou-se resultados elevados na riqueza e exactidão da cópia o que por sua vez analisou-se resultados inferiores nessas mesmas dimensões do IACLIDE, sendo este resultado bastante positivo e significativo. De igual modo, a variável referida no parágrafo anterior (riqueza e exactidão da cópia) apresenta uma correlação positiva com os resultados da qualidade de vida global, sendo estes resultados estatisticamente significativos ( $r = 0,742$  e  $p = 0,014$  a 95%). Ou seja, entre estas duas variáveis desenvolve-se uma relação directa em que o aumento de uma variável leva ao aumento da outra variável em questão. Assim, esta dimensão da figura complexa de rey apresenta, igualmente, uma correlação positiva e directa com a pontuação total ( $r = 0,644$  e  $p = 0,045$  a 95%) do questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos. Estes resultados são estatisticamente significativos e ao existir uma correlação directa vai permitir que quanto maior o valor numa das variáveis em causa maior era a outra variável a relacionar. Relativamente à avaliação da memória e processos intelectuais, e de acordo com os resultados obtidos, verifica-se correlações negativas e inversas bem como, positivas e directas. Assim, verifica-se uma correlação negativa entre a riqueza e exactidão da cópia e a escala de memória ( $r = -0,697$  e  $p = 0,001$  a 99%) mas também, com a escala processos intelectuais ( $r = -0,570$  e  $p = 0,009$  a 99%). Em contrapartida, ocorre correlação positiva entre a riqueza e exactidão da cópia e complemento de gravuras ( $r = 0,883$  e  $p = 0,020$  a 95%) e a pontuação total WISC-III escala processos intelectuais ( $r = 0,853$  e  $p = 0,031$  a 95%). Estes resultados apresentam-se como estatisticamente significativos. De igual modo, verifica-se que o tempo de realização da cópia e a escala de memória e processos intelectuais apresentam uma correlação

negativa em que quanto maior o valor numa das variáveis em causa menor era a outra variável a relacionar; verificando-se assim,  $r = -0,513$  e  $p = 0,000$  a 99% para a escala de memória e,  $r = -0,677$  e  $p = 0,001$  a 99% para a escala de processos intelectuais, com resultados estatisticamente significativos. Em contrapartida, o tempo de realização da cópia e a dimensão biológica apresentam uma correlação positiva, em que uma influencia directamente a outra, apresentando assim  $r = 0,435$  e  $p = 0,0449$  a 95%, sendo estes resultados estatisticamente significativos.

Relativamente à outra dimensão do teste da figura complexa de rey, particularmente o tipo de reconstrução por memória, esta desenvolve uma correlação positiva e directa com a dimensão biológica (correspondente ao IACLIDE) ( $r = 0,435$  e  $p = 0,049$  a 95%) e, por sua vez, correlações negativas e inversas com as escala memória ( $r = -0,513$  e  $p = 0,021$  a 95%) e processos intelectuais ( $r = -0,677$  e  $p = 0,001$  a 99%), respectivamente (inerentes à Bateria de Avaliação neuropsicológica de Luria-Nebraska). Todavia, ao analisar a variável riqueza e exactidão da reconstrução por memória (figura complexa de rey) verificamos que esta apresenta uma série de correlações positivas e negativas com diversas variáveis. Ou seja, relativamente a determinadas dimensões do teste de avaliação da sintomatologia depressiva (IACLIDE) a variável referida está inversamente relacionada com as mesmas; nomeadamente, apresenta uma correlação negativa com a dimensão biológica ( $r = -0,539$  e  $p = 0,014$  a 95%), com a dimensão cognitiva ( $r = -0,545$  e  $p = 0,013$  a 95%), com a dimensão de desempenho de tarefa ( $r = -0,471$  e  $p = 0,042$  a 95%) e com a incapacidade para a vida em família ( $r = -0,493$  e  $p = 0,032$  a 95%). Assim, torna-se possível referir que, aquando do aumento de uma das variáveis ocorre a redução dos resultados da outra variável em questão. Como se pode observar pelos valores expostos, estes são estatisticamente significativos. De igual modo, estas correlações negativas também se aplicam a outras variáveis do estudo, particularmente com as escalas memória e processos intelectuais (Luria-Nebraska). Assim, a riqueza e exactidão da reconstrução por memória apresenta uma correlação inversa com a variável escala de memória com  $r = -0,552$  e  $p = 0,014$  a 95%, e com a variável escala de processos intelectuais com  $r = -0,509$  e  $p = 0,026$  a 95%, com nível estatístico bastante significativo. Por sua vez, e como já inicialmente referido, a variável riqueza e exactidão da reconstrução por memória apresenta correlações positivas e fortemente significativas com a subescala informação ( $r = 0,860$  e  $p = 0,028$  a 95%), subescala aritmética ( $r = 0,871$  e  $p = 0,024$  a 95%), subescala semelhança ( $r = 0,877$  e  $p = 0,022$  a 95%), com a pontuação total da escala de memória da WISC-III ( $r = 0,877$  e  $p = 0,018$  a 95%), e, com a pontuação total da escala processos intelectuais da WISC-III ( $r = 0,851$  e  $p = 0,032$  a 99%). Assim, torna-se possível referir que, um resultado de uma determinada variável influencia directamente o resultado da outra variável em questão. Relativamente à última dimensão do teste da figura complexa de rey, particularmente o tempo de reprodução, verifica-se que a variável em questão desenvolve correlações estatisticamente negativas e inversas com uma série de variáveis inerentes ao estudo nomeadamente com determinadas dimensões, factores e incapacidade do teste IACLIDE. Assim, apresenta correlações negativas com as dimensões

biológica ( $r = -0,453$  e  $p = 0,039$  a 95%) e cognitiva ( $r = -0,459$  e  $p = 0,036$  a 95%), com os factores F2 ( $r = -0,509$  e  $p = 0,022$  a 95%) e F4 ( $r = -0,499$  e  $p = 0,025$  a 95%), com a incapacidade de vida em família ( $r = -0,466$  e  $p = 0,038$  a 95%). Por fim, apresenta ainda, correlações positivas com determinadas dimensões do questionário de avaliação da qualidade de vida em doentes com Epilepsia; particularmente, com a dimensão vitalidade ( $r = 0,689$  e  $p = 0,027$  a 95%) e dimensão sociabilidade ( $r = 0,646$  e  $p = 0,043$  a 95%). Neste sentido, é fundamental realçar que existe uma relação directa entre a variável tempo de realização da reconstrução por memória e a avaliação da qualidade de vida no grupo patologia dado que, o aumento de uma das variáveis ocorre obrigatoriamente o aumento da outra variável correlacionada positivamente.

Relativamente ao teste de avaliação da sintomatologia depressiva (IACLIDE), especificamente as suas dimensões, factores e incapacidades estão fortemente correlacionadas entre si e apresentam resultados estatisticamente significativos, de acordo com o supramencionado. Neste sentido, importa analisar estas mesmas dimensões, factores e incapacidades com as outras variáveis/testes em estudo; assim, a dimensão biológica apresenta correlações fortemente negativas e estatisticamente significativas com os aspectos emocionais ( $r = -0,849$  e  $p = 0,002$  a 99%) inerentes ao questionário de avaliação da qualidade de vida na Epilepsia, com a pontuação global do referido questionário ( $r = -0,787$  e  $p = 0,007$  a 99%); de igual modo, também apresenta correlações negativas com algumas das dimensões do questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos, nomeadamente dimensão física ( $r = -0,681$  e  $p = 0,030$  a 95%) e dimensão global ( $r = -0,830$  e  $p = 0,003$  a 99%). De acordo com Robertson (1986 *cit. in* Kairalla, Bressan, & Mari, 2004), os desencadeantes da depressão interictal na epilepsia parecem ser multifactoriais, incluindo tanto factores de risco neurobiológicos como psicológicos. Por sua vez, Indaco (1992 *cit. in* Kairalla, Bressan, & Mari, 2004), considera que a depressão em pacientes epilépticos está de alguma maneira relacionada com o tipo de epilepsia, tendo chegado a esta conclusão ao não encontrar correlação entre a gravidade da depressão e a duração da epilepsia, a frequência das crises, o nível sócio-económico, o nível de escolaridade, a história familiar da doença depressiva e o nível dos fármacos anti-epilépticos na circulação sanguínea. Já para outros autores, a frequência das crises e a duração do quadro epiléptico também parecem desempenhar um papel no desenvolvimento da síndrome depressiva (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Por sua vez, a dimensão cognitiva (IACLIDE) apresenta correlações negativas e inversas com uma diversidade de dimensões relativas ao questionário de qualidade de vida para Epilepsia (*QOLIE-31*) e questionário de qualidade de vida para normativos (*WHOQOL-brief*). Assim, e especificamente no *QOLIE-31*, apresenta inversamente uma correlação com os aspectos emocionais ( $r = -0,728$  e  $p = 0,017$  a 95%), vitalidade ( $r = -0,808$  e  $p = 0,005$  a 99%), sociabilidade ( $r = -0,793$  e  $p = 0,006$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,709$  e  $p = 0,022$  a 95%) e, pontuação global da qualidade de vida ( $r = -0,811$  e  $p = 0,004$  a 99%). Relativamente ao *WHOQOL-brief*, apresenta inversamente uma correlação com a dimensão física ( $r = -0,696$  e  $p = 0,025$  a 95%) e

dimensão global ( $r = -0,844$  e  $p = 0,002$  a 99%). Face a estes resultados verifica-se que o resultado de uma das variáveis referidas desenvolve-se inversamente relativamente a outra, isto é, quando aumenta o resultado de uma por sua vez, o resultado da outra variável em questão diminui. Ao analisar outra dimensão do IACLIDE, particularmente a dimensão interpessoal, verifica-se que esta desenvolve correlações negativas com determinadas dimensões do QOLIE-31 e do WHOQOL-brief e, em contrapartida, desenvolve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escala de memória (da Luria-Nebraska) ( $r = 0,538$  e  $p = 0,014$  a 95%). Importa referir assim os resultados apresentados quanto a estas dimensões apresentadas, então as correlações negativas e inversas manifestam-se nas dimensões da sociabilidade ( $r = -0,760$  e  $p = 0,011$  a 95%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,639$  e  $p = 0,047$  a 95%), da pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r = -0,738$  e  $p = 0,015$  a 95%) e, por último, com a dimensão global da qualidade de vida do WHOQOL-brief ( $r = -0,705$  e  $p = 0,023$  a 95%). Como se pode verificar pelos resultados apresentados relativamente às dimensões inerentes ao IACLIDE e ao QOLIE-31, **e em concordância com os estudos apresentados na literatura, os pacientes epilépticos frequentemente apresentam diminuição da socialização, auto-imagem negativa, sentimentos de estigmatização, diminuição da capacidade de rendimento, e diminuição da esperança e ambição; o que contribui para a deterioração geral da qualidade de vida** (Fernández, 1999; Karzmark, Zeifert & Barry, 2001; Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes & Guerreiro, 2003; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006). Na análise da dimensão desempenho de tarefa (IACLIDE), tal como a anterior, apresenta correlações fortemente inversas e negativas com as dimensões do QOLIE-31 e WHOQOL-brief, respectivamente. Particularmente, com os aspectos emocionais ( $r = -0,671$  e  $p = 0,034$  a 95%), vitalidade ( $r = -0,656$  e  $p = 0,039$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,793$  e  $p = 0,006$  a 99%) e efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,801$  e  $p = 0,005$  a 99%), e, pontuação global ( $r = -0,796$  e  $p = 0,006$  a 99%). Apresenta então ainda, com a dimensão física ( $r = -0,650$  e  $p = 0,042$  a 95%) e dimensão global ( $r = -0,836$  e  $p = 0,003$  a 95%). Tal como de pode verificar, estes resultados afiguram-se estatisticamente significativos. Relativamente aos vários factores do IACLIDE, verifica-se que o F1 apresenta correlações negativas com a dimensão psicológica ( $r = -0,816$  e  $p = 0,004$  a 99%), dimensão global ( $r = -0,644$  e  $p = 0,045$  a 95%) e pontuação total da qualidade de vida ( $r = -0,660$  e  $p = 0,038$  a 95%), realçando que estas variáveis são inerentes ao questionário de avaliação da qualidade de vida para normativos (WHOQOL-brief). De igual modo, os valores de F1 desenvolve uma relação inversa com algumas das dimensões do WHOQOL-brief, em que a evolução/desenvolvimento das variáveis em questão ocorrem em sentidos opostos/contrários (*i.e.* se uma das variáveis aumenta a outra diminui). Em contrapartida, o F2 apresenta correlações negativas somente com as dimensões do QOLIE-31, nomeadamente com a vitalidade ( $r = -0,871$  e  $p = 0,001$  a 99%), sociabilidade ( $r = -0,736$  e  $p = 0,015$  a 95%) e dimensão global ( $r = -0,757$  e  $p = 0,011$  a 95%). Como se pode verificar pelos valores apresentados, estes

resultados afiguram-se estatisticamente significativos. Relativamente ao F3, este também apresenta correlações negativas, particularmente com uma dimensão do QOLIE-31 e com uma dimensão do WHOQOL, respectivamente. Ou seja, apresenta com a pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r = -0,751$  e  $p = 0,012$  a 95%) e, com a dimensão física do WHOQOL-brief ( $r = -0,655$  e  $p = 0,040$  a 95%). Por sua vez, o F4 desenvolve correlações somente com dimensões do QOLI-31, nomeadamente com as dimensões vitalidade ( $r = -0,644$  e  $p = 0,045$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,697$  e  $p = 0,025$  a 95%) e pontuação global do referido questionário ( $r = -0,668$  e  $p = 0,035$  a 95%). O F5 apresenta uma única correlação negativa e estatisticamente significativa que se caracteriza pela relação inversa entre este factor e a dimensão global do WHOQOL-brief ( $r = -0,670$  e  $p = 0,034$  a 95%). Relativamente às incapacidades do IACLIDE pode-se referir desde já que, todas elas apresentam apenas correlações negativas com as respectivas dimensões do QOLIE-31 e/ou WHOQOL-31. Assim, quanto à incapacidade para a vida em geral esta correlaciona-se negativamente com os aspectos emocionais ( $r = -0,742$  e  $p = 0,014$  a 95%), vitalidade ( $r = -0,712$  e  $p = 0,021$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,780$  e  $p = 0,008$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,730$  e  $p = 0,017$  a 95%), pontuação global da qualidade de vida ( $r = -0,805$  e  $p = 0,005$  a 99%), todas estas específicas do QOLIE-31, e, dimensão global ( $r = -0,732$  e  $p = 0,016$  a 95%) específica do WHOQOL-brief. Estes resultados afiguram-se estatisticamente significativos e como já referido, estas relações inversas existentes entre as variáveis caracterizam-se pelo desenvolvimento dos seus resultados em sentido opostos, nomeadamente aquando do aumento de uma das variáveis ocorre por sua vez, a diminuição dos resultados da outra variável implicada. Quanto à incapacidade para o trabalho (IACLIDE), tal como as anteriores, correlaciona-se de forma negativa com as dimensões da sociabilidade ( $r = -0,634$  e  $p = 0,049$  a 95%) e efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,650$  e  $p = 0,042$  a 95%) específicas do QOLIE-31. Como se pode analisar estes valores apresentam-se como estatisticamente significativos. Na análise da incapacidade para a vida social verifica-se a presença de correlações negativas e inversas com os aspectos emocionais ( $r = -0,766$  e  $p = 0,0010$  a 99%), vitalidade ( $r = -0,693$  e  $p = 0,026$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,805$  e  $p = 0,005$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,788$  e  $p = 0,007$  a 99%), pontuação global da qualidade de vida de acordo com o QOLIE-31 ( $r = -0,830$  e  $p = 0,003$  a 99%). E, correlação também negativa com a dimensão física ( $r = -0,766$  e  $p = 0,010$  a 99%), dimensão global ( $r = -0,839$  e  $p = 0,002$  a 99%) e pontuação total da qualidade de vida segundo o WHOQOL-brief ( $r = -0,680$  e  $p = 0,030$  a 95%). Verificando-se resultados estatisticamente significativos em todas os resultados apresentados. Por fim, quanto à incapacidade para a vida em família, esta correlaciona-se negativamente com as dimensões vitalidade ( $r = -0,790$  e  $p = 0,007$  a 99%), sociabilidade ( $r = -0,928$  e  $p = 0,000$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,873$  e  $p = 0,001$  a 99%) inerentes ao QOLIE-31; por sua vez, quanto ao WHOQOL-brief correlaciona-se negativamente com os aspectos cognitivos ( $r = -0,644$  e  $p = 0,045$  a 95%) e pontuação global da qualidade de vida ( $r = -0,815$  e  $p = 0,004$  a 99%).

Relativamente à pontuação total obtida no IACLIDE verifica-se uma correlação negativa também com as mesmas dimensões dos respectivos questionários analisadas anteriormente; ou seja, com os aspectos emocionais ( $r = -0,773$  e  $p = 0,009$  a 99%), vitalidade ( $r = -0,748$  e  $p = 0,013$  a 95%), sociabilidade ( $r = -0,792$  e  $p = 0,006$  a 99%), efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = -0,735$  e  $p = 0,015$  a 95%), pontuação global da qualidade de vida – QOLIE-31 ( $r = -0,840$  e  $p = 0,002$  a 99%) e, dimensão global da qualidade de vida – WHOQOL ( $r = -0,872$  e  $p = 0,001$  a 99%). Tendo em consideração as dimensões apresentadas inerentes ao questionário de qualidade de vida para normativos e a pontuação global do questionário para os patológicos verificamos que estas variáveis são fundamentais na análise e interpretação desta patologia em questão. **Assim, grande parte dos estudos sobre a qualidade de vida e a epilepsia defendem que as repercussões das crises e o estado de humor dos sujeitos interferem directa e negativamente na qualidade de vida dessas pessoas** (Alonso & Albuquerque, 2002).

Por sua vez, a pontuação total obtida no CDI apresenta também correlações negativas embora com as subescalas aritmética ( $r = -0,885$  e  $p = 0,046$  a 95%) e semelhanças ( $r = -0,894$  e  $p = 0,041$  a 95%). Quanto às dimensões do questionário de qualidade de vida para normativos (WHOQOL-brief) já se verificam algumas correlações positivas e/ou negativas de acordo com as variáveis em questão. Assim, os aspectos emocionais correlacionam-se positivamente com a pontuação global do questionário de qualidade de vida para epilépticos (QOLIE-31), verificando-se uma relação directa entre elas, ou seja, se uma aumenta a outra variável aumenta no mesmo sentido. De facto, como refere Meneses, Ribeiro & Silva (2002), a **epilepsia é fortemente invasiva na vida dos doentes e a sua influência faz sentir-se em todos os domínios da sua vida; contribuindo fortemente para que os seus efeitos negativos condicionem a qualidade de vida** (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006). Relativamente à dimensão vitalidade verifica-se uma correlação negativa com a dimensão sociabilidade ( $r = -0,871$  e  $p = 0,001$  a 99%) específica do QOLIE-31; em contrapartida, verifica-se que a mesma variável referida inicialmente apresenta uma correlação positiva com a dimensão efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = 0,754$  e  $p = 0,012$  a 95%) e com a pontuação global ( $r = 0,788$  e  $p = 0,007$  a 99%) do referido questionário. **De acordo com a literatura, a Epilepsia implica um encargo/responsabilização nos próprios indivíduos, mas também nas suas famílias, pois os pacientes precisam de um tratamento adequado, despesas, a perda de capacidade de trabalho** (Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Espie, Watkins, Duncan, Sterrick, Mcdonach, Espie, *et al.* 2003), embora os pacientes se sintam receosos com a influência ou efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Pela análise da dimensão sociabilidade verifica-se a presença de correlações positivas com a dimensão efeitos adversos dos fármacos anti-epilépticos ( $r = 0,949$  e  $p = 0,000$  a 99%) e pontuação global da qualidade de vida do QOLIE-31 ( $r = 0,872$  e  $p = 0,001$  a 99%); por sua vez, apresenta uma correlação negativa com a dimensão aspectos cognitivos ( $r = -0,710$  e  $p = 0,021$  a 95%) do questionário da qualidade de vida do WHOQOL-brief. Como foi

possível verificar ao longo da análise dos resultados e tendo em consideração os dados apresentados na vasta literatura; de facto, a epilepsia provoca alterações a nível geral (auto-estima, independência, discriminação, comportamento, estigma, funções cognitivas), como foi verificado pelos resultados obtidos nos diversos testes utilizados (IACLIDE, QOLIE-31 e WHOQOL-brief), mas também a nível educacional (aprendizagem, superprotecção, rejeição), laboral (formação, contratação), e social (relações familiares, amizade, desporto, actividades lúdicas, condução de veículos) (Fernández, 1999), reforçando os resultados obtidos pelo Grupo Patológico (casos) nos testes MMSE, Figura complexa de rey, QOLIE-31, escala de Memória e escala de Processos Intelectuais.

A natureza do estigma da epilepsia associado com os factores psicológicos tem sido considerada como um impacto bastante significativo na qualidade de vida dos pacientes epiléticos; todavia, o sentimento do estigma e as suas consequências não são iguais para todos os epiléticos. Neste sentido, os factores que contribuem e influenciam o desenvolvimento e manutenção dos sentimentos de estigma não estão suficientemente esclarecidos na sua totalidade; embora a frequência das convulsões seja considerada o factor significativamente relacionado com o sentimento do estigma (Lee, Yoo & Lee, 2005 Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese & Neto, 2005). Um estudo recente analisou o impacto da epilepsia através da idade de começo, país de origem, sentimentos acerca da vida, danos associados à epilepsia, e constatou que estas variáveis estão significativamente interrelacionadas na pontuação à escala de avaliação do estigma; embora a frequência de convulsões não apresentava valor significativo (Lee, Yoo & Lee, 2005). Por último, a dimensão efeitos adversos dos fármacos anti-epiléticos apresenta correlação negativa com a dimensão aspectos cognitivos ( $r = -0,692$  e  $p = 0,027$  a 95%) do WHOQOL-brief e, por sua vez, apresenta correlação positiva com a pontuação global ( $r = 0,871$  e  $p = 0,001$  a 99%) do questionário do QOLIE-31. A última variável a analisar corresponde à escala da memória (inerente à Bateria de Avaliação Neuropsicológica Luria-Nebraska) e assim, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente positiva com a escala dos processos intelectuais ( $r = 0,787$  e  $p = 0,000$  a 99%).

Num estudo recente, Ponds & Hendriks (2006) referem que o prejuízo da memória corresponde às queixas dominantes na prática clínica, e defendem ainda que, prevalência dos défices de memória nos pacientes tem sido estimado em 20% – 50%, e mais de metade dos pacientes referem na avaliação neuropsicológica dificuldades de memória no seu quotidiano (*e.g.* esquecimentos acerca do local onde guardaram determinados objectos, verificam frequentemente os bolsos do vestuário para encontrarem alguma coisa, *etc.*). Todavia, existe ainda controvérsia na literatura relativamente aos factores que podem contribuir directamente para a maior probabilidade dos epiléticos desenvolverem défices de memória. De acordo com Ponds & Hendriks (2006), o padrão de queixas de memória não apresenta relação directa com factores de epilepsia, nomeadamente, idade de início, etiologia, localização das convulsões, tipo de convulsões, e medicação anti-epilética. Por sua vez, estes autores verificaram que existia uma forte tendência em pacientes mais velhos, com maiores

funções intelectuais, em aqueles que experimentam subjectivamente mais problemas emocionais na área do neuroticismo. As queixas de memória podem ser encaradas como reacções “psicossomáticas” gerais de pacientes que experimentam consequências de perda de memória nas suas actividades de vida diária (embora seja necessário referir que, queixas de memória não indica necessariamente défice de memória) (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006).

Para o **Chi-Quadrado**, nomeadamente quando se avalia o nível de dispersão das variáveis dicotómicas, tricotómicas, *etc.*, apresentaremos uma discussão que também se centra nas estatísticas significativas. Relativamente à variável dicotómica Sexo, verificamos uma diferença na distribuição dos resultados entre esta mesma variável e a energia média para o dia-a-dia dos sujeitos (item do WHOQOL-brief) avaliados; estas diferenças seguem uma distribuição assimétrica e são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 4,800$ ;  $p = 0,028$ ) (como vimos na tabela 13). De igual modo, quando se analisa as diferenças entre a referida variável dicotómica e as oportunidades de lazer dos sujeitos avaliados (WHOQOL-brief) verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa quanto às referidas variáveis ( $\chi^2 = 7,200$ ;  $p = 0,027$ ), como se observou pela tabela 14. Relativamente à questão seguinte do questionário WHOQOL-brief, e tendo em consideração a relação com a variável dicotómica sexo (masculino e feminino), verificamos que existe diferenças estatisticamente significativas entre a referida variável e a satisfação dos sujeitos com o seu sono ( $\chi^2 = 12,000$ ;  $p = 0,017$ ) (como vimos na tabela 15). Verificamos ainda, nas diferenças na distribuição dos resultados entre a variável dicotómica Sexo e a variável relativa à capacidade de desempenhar actividades no quotidiano de cada sujeito avaliado, que ocorre diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 5,829$ ;  $p = 0,054$ ) (como se pode analisar na tabela 16). De igual modo, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das variáveis Sexo e satisfação com a própria capacidade dos sujeitos relativamente ao seu trabalho ( $\chi^2 = 5,829$ ;  $p = 0,054$ ) (como vimos na tabela 17). Novamente, verificou-se na tabela 18 respectivamente, a diferença de resultados entre o sexo masculino e feminino relativamente à satisfação sentida face a si próprio e o quanto é estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 5,829$ ;  $p = 0,054$ ). Por sua vez, e relativamente à variável Escolaridade, quando se compara esta com a variável tipo de cópia da figura complexa de rey verificamos que estas diferenças apresentam uma distribuição diferenciada estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 13,822$ ;  $p = 0,032$ ). Como vimos na tabela 20 respectivamente, a variável tricotómica escolaridade apresenta diferenças estatisticamente significativa com a variável Percentil da cópia da figura complexa de rey ( $\chi^2 = 21,177$ ;  $p = 0,007$ ). De igual modo, a variável Percentil da reprodução por memória da figura complexa de rey também apresenta diferenças na distribuição dos resultados com a variável escolaridade ( $\chi^2 = 19,083$ ;  $p = 0,039$ ). Quando se avalia o nível de dispersão da variável tricotómica idade categorizada com as restantes variáveis, verifica-se que existe diferenças estatisticamente significativas entre a mesma e a satisfação sentida dos próprios sujeitos avaliados relativamente à sua saúde ( $\chi^2 = 12,000$ ;  $p = 0,017$ ). De igual modo, verifica-se o mesmo padrão de resultados quando se

relaciona a idade categorizada com a satisfação sentida com o meio de transporte dos sujeitos, ou seja, esta diferença apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2=12,000$ ;  $p = 0,002$ ) (como se pode observar pela tabela 23).

Por sua vez, quando avaliamos o nível de dispersão da variável dicotómica Grupo Patologia ou Normal com as restantes variáveis verificamos que somente se afiguram como diferenças estatisticamente significativas o grau de depressão ponderado em função do CDI e IACLIDE ( $\chi^2=7,333$ ;  $p = 0,062$ ) (como vimos na tabela 24 respectivamente) e a subescala Memória de Dígitos inerente à escala de memória da WISC-III ( $\chi^2=3,000$ ;  $p = 0,083$ ) (como vimos na tabela 25). **A criança com epilepsia apresenta com frequência um nível mais baixo de funcionamento intelectual; todavia, para uma melhor compreensão das relações entre epilepsia e inteligência é necessário considerar variáveis como a idade de aparecimento das crises (o risco de deficit intelectual é maior quando as convulsões têm início na primeira infância), o tipo de epilepsia, os efeitos isolados e combinados da medicação anti-epiléptica** (Simões, 2002). Quando emparelhados, os sujeitos normais (controlos) apresentam resultados superiores no MMSE comparativamente com o grupo patológico (casos) sendo esta diferença estatisticamente significativa com um intervalo de confiança de 95% ( $t = -3,183$ ;  $p = 0,08$ ), como se observou pela tabela 28. De facto, **e de acordo com vários autores, os pacientes epilépticos apresentam maiores défices a nível cognitivo e comportamental, comparativamente com aqueles que não apresentam esta condição médica** (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). **O deterioro funcional que causa a Epilepsia depende de múltiplos factores, como a frequência, a duração e o tipo de crises, a entidade síndrómica, a etiologia, a idade de início, os fármacos anti-epilépticos administrados ou a presença adicional de factores psicossociais adversos** (Manga & Fournier 1997; Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina & Morales-Asín, 2001; Simões, 2002; Ure, 2004). De igual modo, pela distribuição dos pacientes com Epilepsia (grupo patológico/casos) e sujeitos normais (grupo normal/controlo) nas categorias do nível de depressão no IACLIDE, verifica-se que o Grupo Patológico apresenta maiores resultados (i.e. pior resultado) do que o Grupo Normal, particularmente nas dimensões que se afiguram estatisticamente significativas, ou seja, “*Dimensão Cognitiva*” ( $t = 3,411$  e  $p = 0,008$ ), “*Dimensão Desempenho da tarefa*” ( $t = 3,555$  e  $p = 0,004$ ) e “*F2*” ( $t = 3,838$  e  $p = 0,004$ ) (como vimos na tabela 28). Verifica-se ainda que, o grupo patológico na escala IACLIDE apresenta resultados superiores (i.e. menor normalidade) comparativamente com os sujeitos normais (i.e. maior normalidade), e, estes resultados apresentam níveis de diferença consideravelmente significativos ( $t = 2,834$ ;  $p = 0,020$ ). Quando se avalia as Incapacidades inerentes ao IACLIDE, comparando os dois grupos (Patológico e Normal) verificamos que o grupo controlo (Normal) apresenta em todas as variáveis de *Incapacidades* resultados inferiores (isto é, maior normalidade) comparativamente com as dos casos. Assim, os resultados afiguram-se estatisticamente significativos nas Incapacidades para *Vida em Geral*,  $t = 3,266$ ;  $p = 0,010$ ; *Vida Social*,  $t = 2,394$ ;  $p =$

0,040 e *Vida Familiar*,  $t = 2,533$ ;  $p = 0,032$ . Além disso, a discriminação, o desemprego, a exclusão social, são consequências traduzidas na literatura e que poderiam levar ao desencadeamento de um quadro depressivo e/ou ansioso (Artigas, 1999; Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Relativamente aos factores subjacentes à avaliação da sintomatologia depressiva (IACLIDE) aí verifica-se que a diferença média das pontuações dos controlos em todas as variáveis é inferior (isto é, maior normalidade) às pontuações dos casos (com ligeira excepção do Factor F5). Todavia, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas (como vimos na tabela 199) no factor F2 ( $t = 3,838$ ;  $p = 0,004$ ) e factor F3 ( $t = 3,135$ ;  $p = 0,012$ ). Alguns autores registaram um elevado índice de depressão em pacientes epiléticos em relação a controlos normais e a pacientes com outros distúrbios médicos crónicos não relacionados com o cérebro, mas não naqueles com outros tipos de lesão cerebral. A implicação destes estudos é que a depressão pode ser uma manifestação de alterações específicas na função cerebral, parecendo associar-se a distúrbios dos circuitos límbicos, seja da sua porção temporal, como dos seus segmentos frontais (localização menos conhecida mas real), como se verifica pela frequência de síndromes depressivas associadas aos Acidentes Vasculares Cerebrais na parte anterior do lobo frontal esquerdo (Kairalla, Bressan, & Mari, 2004). Quando avaliamos através de uma nota ponderada o grau de depressão com a transformação dos níveis do CDI (crianças) e IACLIDE (adultos) verificamos, novamente, que o grupo patológico apresenta resultados mais elevados comparativamente com o grupo normal, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t = 2,809$ ,  $p = 0,016$ ) (como se analisou na tabela 29). De igual modo, o grupo patológico apresenta novamente piores resultados na escala Memória comparativamente com o grupo normal, afigurando-se assim diferenças estatisticamente significativas ( $t = 3,013$ ,  $p = 0,015$ ). **Assim, os nossos resultados estão em conformidade com os estudos de Ure (2004), Valente & Valério (2004), Ponds & Hendriks (2006) e Campos-Castelló (2006) relativamente aos efeitos negativos que esta condição médica em estudo provoca a nível da memória.** Os autores procuraram investigar os diversos distúrbios cognitivos que estão presentes na Epilepsia, deste modo, verificaram que o factor que frequentemente se evidencia numa avaliação neuropsicológica é o défice mnésico. Todavia, também são identificados os défices de atenção e concentração, bradifrenia (lentificação do pensamento), dificuldades de linguagem, défice nas funções executivas e de memória. (Ure, 2004; Valente & Valério, 2004; Ponds & Hendriks, 2006; Campos-Castelló, 2006). Vários estudos indicam que os défices de memória são os mais frequentes na avaliação das queixas cognitivas em epiléticos, e localizam a disfunção relacionando a actividade focal epilética nas áreas temporais do cérebro, que é um factor chave no prejuízo da memória. Além disso, dentro deste grupo de pacientes com o foco no lóbulo temporal, os estudos verificaram que a lateralidade do foco epilético é um importante factor de risco. Pacientes com o foco epilético unilateral no lóbulo temporal esquerdo apresentam, significativamente, um elevado risco em possuir défice de memória, comparativamente com os pacientes que apresentam o foco epilético no lóbulo temporal direito

(Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). Estes pacientes possuem défices específicos na associação e emparalhamento de informação verbal nas suas correspondências semânticas, e na aquisição de informação episódica verbal que é apresentada auditivamente, o qual pode ser principalmente interpretado como prejuízo no processamento do armazenamento. O efeito principal de lateralização parece ser independente de outros factores relacionados com a epilepsia que influenciam a memória, isto é, “frequência das convulsões”, e “o total de anos que padece de epilepsia”. A frequência elevada de convulsões, especificamente, parece prejudicar a primeira fase do processo de codificação da memória. Neste sentido, pacientes que apresentam um total superior a 30 anos com convulsões, estão mais prejudicados a nível da memória verbal e não-verbal, e na re-evocação de informação previamente armazenada (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). A partir de 1986, houve a descrição de casos de pacientes com episódios transitórios de perda da memória anterógrada e retrógrada, entre 15 e 60 minutos de duração, nos quais estas alterações da memória afectavam de forma significativa a actividade laboral e social. Estas crises somente se iniciavam na idade adulta ou senil. Inicialmente alguns destes casos foram designados de amnésia global transitória, e os EEG demonstram sempre uma actividade epileptiforme no lóbulo temporal. Pritchard e seus colaboradores (1985 *cit. in* Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001) denominaram a estes episódios críticos de origem epiléptica “*crises epilépticas amnésicas*”. Independentemente das alterações mnésicas durante as crises, alguns pacientes apresentam transtornos selectivos entre as crises nos testes de memória a longo prazo. Depois do tratamento com anti-epilépticos, os pacientes apresentaram uma melhoria significativa nos testes de memória e na memória subjectiva, e desapareceram ou reduziram as crises amnésicas e as alterações do EEG (Mauri-Llerda, Pascual-Millán, Tejero-Juste, Íñiguez, Escalza-Cortina, & Morales-Asín, 2001). Por sua vez, outra escala que apresenta diferenças estatisticamente significativas corresponde à Pontuação total da escala dos processos intelectuais (WISC-III); onde se verifica que o grupo patológico apresenta valores inferiores comparativamente ao grupo normal e como referido, estas diferenças apresentam-se com valores estatisticamente significativos de  $t = -4,000$  e  $p = 0,057$ . **Estes dados estão na linha de outros estudos que demonstraram que os pacientes com uma epilepsia refractária do lóbulo temporal de longa duração, podem apresentar uma deterioração lenta do funcionamento intelectual geral. Todavia, outros investigadores defendem que o declínio cognitivo em pacientes epilépticos progride de forma muito lenta e deve ser considerado como resultado de um envelhecimento normal semelhante às pessoas sem convulsões** (Ure, 2004; Ponds & Hendriks, 2006). Quando comparamos os dois instrumentos de Qualidade de Vida tendo em consideração os resultados obtidos em cada grupo de sujeitos (Patologia ou Normal), verifica-se que, novamente, o grupo patológico (casos) apresenta piores indicadores de qualidade de vida comparativamente com os sujeitos do grupo normal. Ou seja, os 10 pacientes avaliados nesta dimensão apresentam indicadores de baixa qualidade de vida, por sua vez, os 10 sujeitos normativos apresentam indicadores de

excelente qualidade de vida. As diferenças de distribuição apresentam-se como estatisticamente significativas ( $t = -6,000$ ;  $p = ,000$ ) (como vimos na tabela 30). De facto, vários autores na literatura defendem que a Epilepsia sendo uma doença crónica afecta significativamente a vida do paciente, com várias consequências sociais e psicológicas (Artigas, 1999; Senol, Soyuer, Arman & Ozturk, 2006; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006), que limita a parte física, emocional e social do indivíduo e acarreta com um número inevitável de mudanças traumáticas, que por sua vez afecta negativamente a qualidade de vida (Artigas, 1999). As repercussões das crises fazem-se sentir no quotidiano do paciente, pois interferem directa e negativamente na qualidade de vida dessas pessoas. Essa interferência pode ser decorrente tanto da frequência e gravidade das crises, como da duração da síndrome epiléptica (Alonso & Albuquerque, 2002); de igual modo, existem algumas variáveis independentes que apresentam correlações elevadas com a Qualidade de Vida: quanto mais graves as crises, mais baixa a Qualidade de Vida; quanto mais elevado o apoio social, mais interno o *locus* de controlo e quanto mais elevada a auto-eficácia para lidar com a doença, mais elevada a Qualidade de Vida dos sujeitos (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Existem vários aspectos essenciais à qualidade de vida que afectam a criança epiléptica, nomeadamente, as eventuais restrições na vida diária, a baixa auto-estima, as crises imprevisíveis, as dificuldades de aprendizagem e o fracasso escolar, a perda de independência (superprotecção) e os efeitos secundários da medicação anti-epiléptica (Filho & Gomes, 2004; Campos-Castelló, 2006). De igual modo, estão envolvidos *factores orgânicos* (doença neurológica de base e as suas limitações físicas e cognitivas; a frequência das crises e o risco de acidentes; os efeitos colaterais do tratamento farmacológico e cirúrgico), *psicológicos* (preocupações familiares e pessoais, sentimentos de culpa e rejeição, desenvolvimento da personalidade), *sociais* (limitações do lazer e trabalho, inserção social) e *educacionais* (desempenho escolar e profissionalização) (Artigas, 1999; Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Filho & Gomes, 2004). De acordo com o estudo desenvolvido por Senol, Soyuer, Arman & Ozturk (2006), existem vários factores clínicos e sócio-demográficos que afectam directamente a qualidade de vida dos pacientes, entre os quais destacamos a *depressão* (os factores de risco para a depressão na epilepsia foram classificados em dois tipos: biológicos e psicossociais; os mais frequentes são a idade de começo, a lateralidade e durabilidade da doença, etiologia e tipo de convulsões, ajustamento à epilepsia, percepção do estigma, discriminação e acontecimentos ansiogénicos, padrões cognitivos negativistas, medicação e factores sócio-demográficos), e *idade* (idade avançada diminui a qualidade de vida devido à fadiga/perda de energia, funcionamento cognitivo e limitações físicas) (Fernández, 1999; Alonso & Albuquerque, 2002; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Filho & Gomes, 2004; Guekht, Mitrokhina, Lebedeva, Dzugaeva, Milchakova, Lokshina, *et al.* 2006), como se pôde verificar pelos resultados obtidos neste estudo.

Os estudos neuropsicológicos desenvolvidos neste campo são prejudicados pela falta de informações normativas adequadas sobre o desempenho da nossa população em instrumentos utilizados na avaliação cognitiva. De modo geral, observa-se escassez de testes psicológicos e neuropsicológicos adaptados ou validados para o uso em sujeitos em Portugal. O mesmo acontece em instrumentos específicos para as faixas etárias infantil e geriátrica, embora nesta última faixa já se verifica alguma mudança nesta tendência.

De igual modo, e tal como refere Kroef e Pasquali (1996 *cit. in* Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002), muitos dos instrumentos utilizados carecem de:

1. Revisões sistemáticas objectivando a actualização do conteúdo, principalmente no caso de testes verbais.
2. Determinação de parâmetros métricos relativos aos itens (dificuldade, discriminação, probabilidade de acerto ao acaso) e aos testes (validade de construto e precisão).
3. Elaboração de normas regionalizadas para apurar resultados (aspecto ecológico dos testes).

A simples tradução de instrumentos estrangeiros, feita sem adequada padronização ou, no mínimo, a adaptação para a realidade nacional, resulta em distorções na capacidade de medida do instrumento. De acordo com Cunha (1993 *cit. in* Noffs, Magila, Santos & Marques, 2002), a utilização de testes apenas traduzidos permite levantar algumas questões, nomeadamente “teriam os estímulos o mesmo significado em contextos diferentes?”, “a forma de administração seria percebida da mesma maneira como o foi para a amostra de padronização?”, “as normas seriam as mesmas face a diferentes graus de dificuldade e discriminação dos itens?”. Neste sentido, aspectos culturais particulares/específicos, educacionais, e sócio – económicos da população nacional têm sido sistematicamente negligenciados nesta área. A relevância do contexto cultural no desempenho psicométrico, já apontada nos estudos pioneiros de Luria, continua a ser observada tanto em instrumentos de pesquisa em saúde mental como em testes de habilidades cognitivas. O desempenho de um sujeito na Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (LNNB; Golden, Purisch & Hammeke, 1985) compara-se de forma sumária através das pontuações brutas dos sub-testes da bateria. Estas pontuações brutas são posteriormente transformadas em *pontuações T*, para que se possam estabelecer comparações entre as escalas e entre os vários sujeitos em análise. De acordo com Moses Jr. & Pritchard (1999 *cit. in* Maia, 2006), este procedimento permite estabelecer uma *pontuação T standard* (a partir das pontuações brutas) de uma forma que estas apresentem uma média de 50 e uma variação típica de 10 (tais transformações fixam o nível total de cada escala junto a um valor comum e normalizam os desvios das pontuações brutas ao redor de um valor fixo). Assim, e de acordo com os mesmos autores, o significado directo dessas pontuações brutas transformadas em *pontuações T* estão sempre dependentes da natureza do grupo original de referência utilizado para calcular as transformações, e das formas de distribuição das pontuações transformadas em valores *standard* (Moses, Pritchard & Adams, 1999; Maia, 2006). De acordo com McKinzey *et al.* (1998 *cit. in* Maia, 2006), a utilização de

testes com normas *standard* deve ser compreensiva e qualitativa. Os autores referem que três grandes questões podem ser assinaladas quando se utiliza uma bateria como a LNNB, nomeadamente o índice de identificação de falsos positivos, a análise qualitativa de itens quantitativos e a acuidade da fórmula de estimação de simulação. Contudo, com base em tudo o que foi apresentado, podemos expressar o desejo e a intenção de se desenvolverem programas mais abrangentes, ecológicos e especializados para os pacientes com Epilepsia, que futuramente nos sejam referenciados desde as várias especialidades médicas, não apenas na avaliação neuropsicológica, mas também, na intervenção (Moses, Pritchard & Adams, 1999; Maia, 2006). No mesmo sentido, a utilização de testes neuropsicológicos em sujeitos sem qualquer tipo de formação académica é outra situação em que a utilização de uma prova única pode levar a classificar como patológico o que se deva especificamente a diferenças no nível educacional (Maia, 2006). Tendo em consideração tudo o referido, os resultados das provas neuropsicológicas devem ser cuidadosamente examinados já que as interpretações literais dos dados quantitativos podem levar a conclusões erradas. Com uma interpretação adequada, o estudo neuropsicológico é de grande importância na selecção do paciente sujeito à cirurgia se se engloba no conjunto de provas pré-cirúrgicas, dados que possam fornecer sinal de alarme sobretudo em casos em que há divergência com outras provas neurofisiológicas ou de neuroimagem (Arnedo, Espinosa, Ruiz & Sánchez-Álvarez, 2006). Portanto o estudo do Sistema Nervoso e das suas funções é acompanhado pelo uso de uma série de técnicas e instrumentos de exploração complementares, técnicas instrumentais de diagnóstico clínico¹ que permitem a compreensão da função cognitiva e das estruturas cerebrais implicadas nos processos cognitivos (Bartolomé, Fernández & Ajamil, 2001; Junqué & Barroso, 2001).

---

¹ Angiografia cerebral, técnicas neuroquímicas, registos electrofisiológicos, mapas de estimulação eléctrica, potenciais evocados por emissão de positrões (PET), tomografia computadorizada cerebral por emissão de fóton único (SPECT).

De acordo com os resultados obtidos torna-se possível traçar algumas conclusões relativamente ao estudo desenvolvido, assim:

1. Na análise primária dos resultados verifica-se que os pacientes com Epilepsia apresentam diferenças significativas quando comparados com os sujeitos normais. Neste sentido, o nosso estudo verifica uma forte diferenciação, através dos vários testes administrados (LNNB, MMSE, Figura Complexa de Rey, IACLIDE, QOLIE-31, WHOQOL-brief, CDI, WISC-III), entre sujeitos normais e sujeitos com Epilepsia, emparelhados por idade, sexo e nível educacional.
2. Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento em Funções Mnésicas (de Memória) da LNNB comparados com sujeitos normais.
3. Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento em Funções Intelectuais da LNNB comparados com sujeitos normais.
4. Os sujeitos com Epilepsia apresentam pior rendimento em Funções Executivas comparados com sujeitos normais.
5. Os sujeitos com Epilepsia apresentam maior exacerbação de indicadores multidimensionais (sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais, *etc.*) de sintomatologia depressiva comparados com sujeitos normais.
6. Os sujeitos com Epilepsia apresentam maior exacerbação de indicadores de má qualidade de vida em sujeitos com Epilepsia, comparados com sujeitos normais.
7. A variável depressão deve ser tida em consideração quando realizamos uma avaliação neuropsicológica dado que, os sujeitos com elevados níveis de depressão apresentam habitualmente sinais que podem ser confundidos com sinais neuropsicológicos. Estes sujeitos apresentam uma particular dificuldade em focalizar a atenção, resolver problemas complexos, utilizar recursos de memória (particularmente relacionados com a memória de trabalho), *etc.* Assim, deve-se ter em consideração estas mesmas variáveis no momento de avaliar os dados e chegar a conclusões diagnósticas de forma integrativa. Na presença de indicadores elevados de depressão, é importante proceder à avaliação, e considerar o possível impacto que a incidência depressiva possa exercer nos rendimentos do sujeito.
8. Quanto à dificuldade específica dos itens, verifica-se que alguns itens ou módulos funcionais, tal como estão apresentados para a população Norte-americana, são de difícil abordagem para a população portuguesa. De forma global (considerando os 26 sujeitos da amostra global) e de forma particular, considerando os pacientes com Epilepsia, os itens ou o conjunto de tarefas que parecem apresentar uma necessidade de revisão são aqueles que estão relacionados com:
  - o tempo de execução das tarefas nas escalas utilizadas (os valores dos sujeitos norte-americanos apresentam tempos de realização particularmente mais rápidos comparados com os tempos empregados pelos nossos sujeitos);
  - as tarefas de memória devem ser avaliadas tendo em consideração os aspectos relacionados com os mecanismos de interferência;

- as tarefas relacionadas com as funções intelectuais necessitariam de ser analisadas quanto ao seu nível de representatividade de constructo, já que os nossos sujeitos encontram particulares dificuldades na compreensão e elaboração de respostas complexas para tarefas aparentemente simples.

9. Os resultados médios dos sujeitos normais da amostra representam a realização típica de um sujeito normativo (ou seja, a não elevação destas escalas), superior ao Nível Crítico, ou à elevação de apenas uma ou duas escalas, sendo, todavia, identificados como um funcionamento particular típico, dentro de níveis de normalidade.
10. De forma particular, referindo os resultados dos pacientes com Epilepsia, e como primeira análise, a LNNB apresenta-se como claramente fiável na hora de diferenciar entre sujeitos normais e pacientes com Epilepsia.
11. De forma global, as áreas funcionais mais afectadas encontram-se relacionadas com alterações marcadas na velocidade de processamento da informação, memória, habilidades visuo-espaciais e alterações de humor.

Consoante uma avaliação imediata destes resultados, de acordo com a metodologia de avaliação neuropsicológica de análise dos mesmos, podemos afirmar que a maioria dos nossos pacientes de Epilepsia, apresentam acentuadas dificuldades a nível de:

- alterações na capacidade de resolução de problemas e de funções de racionalidade complexa;
- lentificação do processamento do pensamento, com especial dificuldade de processamento serial e paralelo da informação, memória de trabalho, pensamento divergente, *etc.*
- dificuldade de observação dos constituintes de um todo visual, apresentando tendência para focalizar a sua atenção em aspectos particulares.
- défice ao nível das tarefas que implicam as funções pré-frontais, com particular disfunção ao nível da atenção focalizada, dividida, mantida no tempo de realização de uma tarefa e funções executivas.

12. Os resultados obtidos reforçam a ideia de que a avaliação neuropsicológica deve ser realizada de forma tão extensa e compreensiva quanto seja necessária e possível, englobando vários testes de forma a realizar-se uma avaliação a mais detalhada e completa possível. Por exemplo, dos sujeitos avaliados com o MMSE, nenhum apresentou um resultado inferior ao que seria considerável indicador de deterioro cognitivo (pontuação mínima de 25, máxima de 30, pontuação média de 27,15 e desvio padrão de 2,911). Todavia, a maioria dos pacientes com Epilepsia (com valores normais no MMSE) apresentam dificuldades específicas que não se manifestam com a administração exclusiva de um teste breve. Este não deve ser utilizado como instrumento único de diagnóstico cognitivo e/ou de todas as variações semiológicas, mas é importante numa primeira abordagem. Assim, não seria recomendável a utilização isolada de testes breves de screening na avaliação neuropsicológica de pacientes com Epilepsia, como também é o exemplo da Figura Complexa de Rey, pois também apresenta determinadas características que isoladas podem contribuir para uma incorrecta interpretação dos resultados obtidos.
13. De igual modo, torna-se importante referir outro aspecto que contribui também para outra conclusão; nomeadamente a formação académica e clínica do avaliador face à administração e

interpretação dos testes e dos resultados. Ou seja, uma avaliação neuropsicológica completa e adequada baseia-se em vários constructos, especificamente conhecimento sólido desde o ponto de vista clínico, da investigação fenomenológica centrada no paciente, observação dos factores dinâmicos subjacentes às síndromes neuropsicológicas.

14. O nosso estudo reforça ainda a necessidade de que uma avaliação esteja baseada em instrumentos padronizados ou adaptados para a população portuguesa, de modo a evitar distorções na capacidade de medida do instrumento. Por sua vez, consideramos que, o técnico deve ter em consideração as seguintes questões quando utiliza apenas instrumentos traduzidos: “*teriam os estímulos o mesmo significado em contextos diferentes?*”, “*a forma de administração seria percebida da mesma maneira como o foi para a amostra de padronização?*”, “*as normas seriam as mesmas face a diferentes graus de dificuldade e discriminação dos itens?*”. Neste sentido, aspectos culturais particulares/específicos, educacionais, e sócio – económicos da população nacional têm sido sistematicamente negligenciados nesta área.

No decurso dos vários anos que compõem uma licenciatura vamos sendo preparados para uma realidade que muito depende da nossa dedicação, empenho e acima de tudo, formação. Ou seja, durante os quatro anos da licenciatura foram sendo transmitidos um conjunto de teorias e pressupostos que à partida seriam os necessários para desempenhar e realizar uma “boa” prática clínica, ou pelo menos, suficiente para...!!! Todavia, quando nos deparamos com um serviço hospitalar COMPLETO (*i.e.* casos de observação, avaliação, acompanhamento psicoterapêutico, sessões de reabilitação neuropsicológica, assistência a avaliações na enfermaria junto ao leito do doente, exposição a aulas dos colegas de anos lectivos anteriores, *etc.*) verificamos que, de facto, existe um fosso entre a prática clínica e os muitos conhecimentos transmitidos, em que poucos ficaram verdadeiramente interiorizados e, fundamentalmente, compreendidos. Ou seja, através destes meses de estágio foi possível adquirir conhecimentos que jamais adquiri e interiorizei em cada novo ano académico. Observar na prática clínica como as coisas se articulam permitiu-me ter uma noção mais clara dos conhecimentos teóricos.

Por sua vez, outras dificuldades surgem quando estamos justamente a lidar/intervir directamente com os pacientes (sejam estes crianças, adolescentes, jovens adultos, adultos, idosos, pois como disse é um serviço COMPLETO) que se relacionam com o supramencionado no parágrafo anterior, nomeadamente quanto ao manuseamento de testes que à partida estaríamos totalmente aptos para o fazer já que, de facto, tivemos disciplinas preparadas para esse fim; necessidade de possuímos conhecimentos sobre psicofarmacologia dado que constitui um dos objectivos fundamentais na intervenção em qualquer patologia neurológica e/ou psiquiátrica (quer em termos de auxílio ao próprio terapeuta na construção do plano terapêutico idiossincrático para o paciente em consonância com o seu tratamento farmacológico, como também nas sessões de psicoeducação/esclarecimento das dúvidas do paciente e assim promover a adesão à medicação); e, termos sempre presente o historial clínico do paciente a nível dos principais pressupostos e as suas manifestações clínicas que poderão influenciar/condicionar o progresso do acompanhamento psicoterapêutico. Todavia, como já referido, dos muitos conhecimentos transmitidos em termos académicos existem aqueles que, felizmente ou infelizmente, são apenas descobertos e aprendidos na prática clínica, no trabalho em equipa, na pesquisa diária, na leitura/consulta da panóplia de artigos e livros científicos, pois na maioria das disciplinas dadas não somos preparados para esta então, verdadeira realidade.

Neste sentido, confirmei aquilo que sempre acreditei, a necessidade de reaprendizagem constante. Frequentemente senti a necessidade de relembrar conteúdos como procurar nova informação e investigações recentes. Na minha perspectiva, estagiar na consulta de Neuropsicologia implicou um esforço de aprendizagem paralelo na medida em que, ao longo destes quatro anos de licenciatura os conhecimentos adquiridos nesta área resumem-se a três semestres e a uma aprendizagem fora do contexto académico formal.

Este estágio curricular, por sua vez, permitiu-me uma aprendizagem e enriquecimento a dois níveis, nomeadamente a nível académico/pedagógico e pessoal; relativamente a questões académicas, permitiu-me aprender bastante no contacto diário com uma diversidade de patologias e heterogeneidade de utentes, e, por questões pessoais, senti no dia-a-dia um trabalho de equipa excelente onde se primava pela qualidade do atendimento e de todo o trabalho subjacente desenvolvido (*e.g.* análise dos pedidos dos vários neurologistas, marcação de consultas de acordo com o horário dos colegas e orientador, realização das sessões, análise dos processos dos respectivos doentes, elaboração dos relatórios de forma a encaminhá-los para os neurologistas, *etc.*). À semelhança do que é defendido por muitos técnicos, o trabalho em equipa é de extrema relevância pois permite otimizar uma avaliação e intervenção eficazes. Assim, ao longo destes meses de estágio não só adquiri novos conhecimentos como aprendi a lidar com emoções, sentimentos e com características diagnósticas, por exemplo, a questão do “diagnóstico” foi geradora de ansiedade na medida em que, o prognóstico de muitos pacientes não só era muito reservado como negativo, e as pessoas andam numa constante procura que alguém lhes explique o que se passa, o porquê daquelas dificuldades e/ou incapacidade, ou seja, à procura de uma resposta que esclarecesse o turbilhão de dúvidas. Refiro-me particularmente aos quadros clínicos que têm um carácter degenerativo, como por exemplo, os deterioros cognitivos e demências.

Embora o acompanhamento de alguns pacientes com demência fosse por vezes frustrante e esgotante (não só pelo decréscimo de algumas faculdades mas também investimento emocional realizado), o acompanhamento de outros pacientes foi reconfortante e motivador, principalmente quando se verificava, de facto, resultados positivos e objectivos de intervenção alcançados, e, o doente em particular reconhece e identifica melhorias bem como, os familiares.

Todavia, penso que trabalhar neste contexto implica ter conhecimentos aprofundados na área de neuropsicologia, que uma licenciatura em psicologia não confere bem como, trabalhar num contexto hospitalar, independentemente do serviço, implica dominar alguns conhecimentos que não apenas afectos à Psicologia. Neste estágio, ainda realizei uma formação em Neuropsicologia e participação em alguns congressos de modo, a ser possível apostar na formação sendo benéfico para nós mesmos como para o próprio doente, pois este tem o direito de exigir o nosso melhor.

Este estágio permitiu-me contactar com uma grande variedade de quadros clínicos caracterizados por perturbações neurológicas e/ou psiquiátricas relacionados com uma população cujos parâmetros de idade situam-se entre os 5 anos de idade e os 85 anos de idade. Neste sentido, posso constatar que tive um estágio onde tive a oportunidade de desenvolver as minhas aptidões e competências a vários níveis (não havendo uma restrição específica para uma determinada patologia e/ou para um tipo particular de população) bem como, livremente construir e planear sessões específicas para cada doente com supervisão do Orientador Professor Doutor Luis Maia que demonstrou ser incansável ao estar sempre presente e predisposto para.

Em suma, estagiar na consulta de Neuropsicologia foi para mim uma experiência pessoal e profissional bastante gratificante, que não teria sido possível sem as oportunidades de aprendizagem consentidas. Um serviço hospitalar com estas características e dimensão deve ser visto como mais que um simples local de estágio. Antes sim, procurei encontrar neste estágio um momento de franca aprendizagem e reflexão acerca da prática clínica (da Psicologia) quotidiana bem como, uma oportunidade de estudo, investigação e de intervenção.

Não foi uma tarefa fácil, esta de terminar uma dissertação tão representativa do estágio curricular 2006/2007 cingindo-me exclusivamente à tentativa de compilar um conjunto de dados clínicos, de avaliação e intervenção terapêutica num limite pré-estabelecido.

Humildemente arrisco-me a dizer que esta descrição pormenorizada dos relatórios clínicos, instrumentos de avaliação e casos clínicos permite apresentar a nossa forma de trabalho.

Consiste assim a minha curta experiência clínica – científica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, M., Garcia, E. (2000). Traumatismo craneoencefálico. *Medicina General*, 20: 38-45
- Achiron, A. & Barak, Y. (2003). Cognitive Impairment in Probable Multiple Sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74 (4), 443-446.
- Adunsky, A., Y. Fleissig, et al. (2002). "Clock drawing task, mini-mental state examination and cognitive-functional independence measure: relation to functional outcome of stroke patients." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35: 153-160.
- Agarwal, J. K., Sahay, R. K., Bhadada, S. K., Reddy, V. S. & Agarwal, N. K. (2001). Empty Sella Syndrome. *Journal Indian Academy of Clinical Medicine*, 2 (3), 198-202.
- Agras, W. S. & Apple, R. F. (2002). Understanding and treating eating disorders. In F. W. Kaslow & T. Patterson (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy – Cognitive Behavioral Approaches* (pp. 189-213). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Aguado, Y., Martin, M., Villameriel, T. (2001). *Aplicación de nuevas tecnologías a la rehabilitación por ordenador – Programa Grador*: Unpublished manuscript, Valladolid.
- Aguirre, M. E. B., Berecoechea, M. C., Brest, C. F., Candia, O. A. R. & Alcaraz, P. R. (2004). Uso de interferons en el tratamiento de esclerosis múltiple. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 139 (8), 7-9.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209–1238
- Almeida, A.D., Pinna, D., Martins, F., Siebra, G., Moura, I. (2004). Reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral adquirida. *CienteFico*, Ano IV, vol. 1.
- Alonso, N. & Albuquerque, M. (2002). Qualidade de Vida nas Epilepsias Refractárias. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 105-119.
- Álvarez-Cermeño, J. C. (2002). "Lesión axonal inicial en la esclerosis múltiple - Razones para un tratamiento precoz." *Revista de Neurologia* 35(3): 221-227.
- Alves, R., Castro, S. (2002). Linguagem e Dislexia. *O Choque Linguístico – A Dislexia nas Várias Culturas*. Bruxelas: Dyslexia International – Tools and Technologies.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (IV-Revisto)* (4.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andriola, W. & Cavalcante, L. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 1-9.
- Andrade, A. C. (2000). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria*. 26 (6).
- Arap, S., Montenegro, F., Michaluart, P., Tavares, M. & Ferraz, A. (2005). Bócio Atóxico: Diagnóstico e Tratamento. *Projecto Directrizes*, 5, 1-14.
- Ardila, A. (2005). Etiología de los Síndromes Neuropsicológicos. In M. V. P. Bartolomé & A. Ardila (Eds.), *Síndromes Neuropsicológicos* (pp. 13-30). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Arnedo, M., Espinosa, M., Ruiz, R. & Sánchez-Álvarez, J. (2006). Intervención neuropsicológica en la clínica de la epilepsia. *Revista de Neurología*, 43 (1), 83-88.
- Artigas, J. (1999). Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias del adolescente. *Revista de Neurologia*, 28 (161), 43-49.
- Atherton, W. & Kettner, N. (1999). The Empty Sella. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 22 (7), 478-482.
- Asbahr, F. (2004). Anxiety Disorders in Childhood and adolescence: Clinical and Neurobiological aspects. *Jornal de pediatria*, 28(1), 172-180
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between Anxiety and Depressive: Disorders in Childhood and Adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67–78.
- Bakker, D. (2002). O cérebro e a Dislexia. *O Choque Linguístico – A Dislexia nas Várias Culturas*. Bruxelas: Dyslexia International – Tools and Technologies.
- Barcia-Saloiro, D. (2004). Introducción Histórica al modelo neuropsicológico. *Revista de Neurologia*, 39 (7), 668-681.
- Bakshi, R. (2003). Fatigue associated with multiple sclerosis: diagnosis, impact and management. *Multiple Sclerosis*, 9(3), 219-227.
- Ballenger, J. C. (1999). Current Treatments of the Anxiety Disorders in Adults. *BIOL PSYCHIATRY*. Nº 46, pp.1579 - 1594.
- Balow (2004). Developments in Treatments of Anxiety Disorders: Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Psychosurgery. In *Depression and Anxiety*, 19, 63-76.

- Baptista, A. (2000). Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares, M. Gonçalves, M. Simões, A. Baptista, H. Marujo, J.
- Barbizet, J. & Duizabo, P. (1978). *Deterioro Mental – Demências*. Barcelona: Masson.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of Childhood Anxiety: Developmental Aspects. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 479–494.
- Barroso, J., A. Nieto, et al. (2005). Evaluación Neuropsicológica en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurologia*, 30 (10): 985-988.
- Bartolomé, M. V. P. (2000). Evaluación neuropsicológica en pacientes con déficit sensitivo y/o motor. *Revista de Neurologia*, 30 (5), 468-473.
- Bartolomé, M. V. P., Fernandez, V. L., & Ajamil, C. E. (2001). *Neuropsicología: Libro de Trabajo* (2ª ed.). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Bartolomé, M.V., Fernández, V.L., Ramos, F.M. (2000). Aprendizaje verbal en el traumatismo craneoencefálico. *Psicothema*, 12 (3): 353-359
- Bateman, D.E. (2001). Neurological Assessment of Coma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71 (1) :13-17
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F & Emery, G (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: ARTMED.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, Inc.
- Becktor, J., Einersen, S. & Kjaer, I. (2000). A sella turcica bridge in subjects with severe craniofacial deviations. *European Journal of Orthodontics*. 22, 69-74.
- Bernal, M. M., Bonilla, R. D. & Caldas, M. (2003). Estudio de la secreción de TSH en el hipertiroidismo subclínico. *Colombia Médica*, 34 (4), 173-178.
- Betting, L., Kobayashi, E., Montenegro, M., Min, L., Cendes, F., Guerreiro, M. & Guerreiro, C. (2003). Tratamento de Epilepsia. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 61 (4), 1045-1070.
- Bilbao, A. B., (2003). *Guia de Famílias*. Federación Española de Daño Cerebral: Madrid
- Bischkopf, J., Busse, A. & Angermeyer, M. C. (2002). Mild cognitive impairment – A review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 403-414.
- Bond, F. W. & Dryden, W. (2002). *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Botrel, T. E. A., Costa, R. D., Costa, M. D. & Costa, A. M. D. (2000). Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Revista Brasileira Clínica de Terapia*, 26, 87-90.
- Bower, S. & Bower, G. (1991). *Asserting yourself – a practical guide for positive change*. U.S.A: Perseus Book.
- Bozikas, V. P., M. H. Kosmidis, et al. (2004). "Clock Drawing Test in patients with schizophrenia." *Psychiatry Research* 121: 229–238.
- Bjornaes, H., Stabell, K., Henriksen, O., Roste, O. & Diep, L. (2002). Surgical versus medical treatment for severe epilepsy: consequences for intellectual functioning in children and adults. A follow-up study. *Seizure*, 11, 473-482.
- Bradley, W. G., R. B. Daroff, et al. (2004). *Neurology in Clinical Practice*. USA, Butterworth Heinemann.
- Bradley, B., Goswami, A., Rack, S., Snowling, S. (2000). Phonological Processing Systems. The Neural Basis of Developmental Dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 50, 8-14.
- Brass, L.M. (1993). Stroke. In B.L. Zaret, M. Moser, L.S. Cohen (Eds.), *Heart Book* (pp. 215-233). USA: Library of Congress.
- Brassington, J. C. & Marsh, N. V. (1998). Neuropsychological Aspects of Multiple Sclerosis. *Neuropsychological Review*, 8 (2), 43-77.
- Bueno, T., Castro, A., Haddad, A., Trojan, S., Camhaji, A. & Yamashita, S. (2001). Condroma de sela turca associado a hipopituitarismo. *Radiologia Brasil*, 34 (1), 49-51.
- Butler, G. (1997). Distúrbios Fóbicos. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 139-1184) São Paulo: Martins Fontes.
- Bystritsky, A. (2004). Current Pharmacological Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Essent Psychopharmacol*, 5 (4), 251-272.
- Cabeza, A.S. (2005). Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. *Revista Gallega de terapia ocupacional*. (2), 1-34.
- Cabral, R. R. & Chaves, A. C. (2005). Conhecimentos sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista Psiquiatria*, 27 (1), 32-38.

- Cacciari, E., Zucchini, S., Ambrosetto, P., Tani, G., Carlá, G., Cicognani, A., Pirazzoli, P., Sganga, T., Balsamo, A., Cassio, A. & Zappulla, F. (1993). Empty Sella in children and adolescents with possible hypothalamic – pituitary disorders. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 78 (3), 767-771.
- Caixeta, L. & Nitrini, R. (2001). Clinical subtypes of frontotemporal dementia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 59 (3A), 577-581.
- Calabresi, P. (2004). Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis. *American Family Physician*, 70 (10), 1935-1943.
- Caldas, A. C. (2000). Algumas noções de patologia. In A. C. Caldas (Ed.). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. (pp. 46-62). Lisboa: McGraw-Hill,
- Campos-Castelló, J. (2006). Neuropsicología de la epilepsia: qué factores están implicados?. *Revista de Neurologia*, 43 (1), 59-70.
- Cantero, F. M., Vargas, M. A. (2002). Traumatismos oculares: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense* (29), 5-19
- Capellini, A. S., Poleti F. S., Renzo, Arruda P. D., Pieroni, R., Miurd R. Y., et al. (2000). Formação de interlocutores para a construção da linguagem escrita: manual de orientação a pais e professores de crianças com dificuldades escolares. *Temas sobre Desenvolvimento*, 9(50), 33-9.
- Capovilla, A. G. S., Gütschow, C. R. D. & Capovilla, F. C. (2004). Habilidade cognitivas que predizem competencia de lectura e escrita. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6 (2), 13-26.
- Cardoso, T., Fonseca, T. & Costa, M. (2003). Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 239-244.
- Carlotti, C. J., Colli, B. O. & Dias, L. A. (1998). Hipertensão Intracraniana. *Medicina*, 31, 552-562.
- Carrión, J.L., Murga, F.M., Sierra, M.M., Morales, D. (2001). Eficacia de un programa de tratamiento intensivo, integral y multidisciplinar de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Valores médico-legales. *Ver Neurol*, 33 (4), 377-383
- Castro, P. A., San Juan, M. L. & Carballido, F. C. (2004). Hipertiroidismo. *Guías Clínicas*, 4 (31), 1-4.
- Céspedes, J.M., Tobal, J., Vindel, A. (2000). Evaluación de las alteraciones emocionales en personas con traumatismo craneoencefálico. *Psicothema*, 12 ( 1): 99-106
- Céspedes, J.M., Lapedriza, N.P., Valero, C.P., Ustarroz, J.T. (2001). Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol*, 32 (4), 351-364.
- Céspedes, J.M., Lapedriza, N.P., (2001b). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol*, 32 (8): 773-778
- Céspedes, J.M., Melle N. (2004). Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 38 (9), 852-859.
- Castaño, J. (2003). Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Revista de Neurologia*, 36 (8), 781-785.
- Christensen, A.-L. (1987). *El Diagnóstico Neuropicológico de Luria* (2 ed.). Madrid: Visor Libros.
- Chasty, B. (2002). O que é a Dislexia? *O Choque Linguístico – A Dislexia nas Várias Culturas*. Bruxelas: Dyslexia International – Tools and Tecnologias.
- Cian, D. M., Demarchi, R. V., Gay, C. N. & Pérez, M. M. (2004). Patologia Tiroidea. Prevalencia de patologia benigna y maligna. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 135, 17-20.
- Citoler, S. (1996). *Las Dificultades de Aprendizaje: Um enfoque Cognitivo – Lectura, Escritura, Matemáticas*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Clark, D. (1997). Estados de Ansiedade: Pânico e Ansiedade generalizada. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um guia práctico*. (pp. 75-137) São Paulo: Martins Fontes.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In Hawton, P. M; Salkovskis, J.; Kirk, J. & Clark, D.M (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy for psychiatric problems: a practical guide*. (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1996). Panic Disorder: From Theory to Therapy. In Salkovskis, P. M. *Frontiers of Cognitive Therapy*. (318- 343). New York: The Guilford Press.
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (3), 47-50.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review*. Nº 24, pp.583 - 616.
- Comi, G, Filippi, M, Wolinsky, J.S. (2001). European/Canadian Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects acetate on magnetic resonance imaging-measured diseaseactivity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis. *Annals of Neurology*.;49:290-297.

- Comité de trabalho clínico do *Rehabilitation in Multiple Sclerosis*, s/d. Alterações Cognitivas e Esclerose Múltipla. Fundação Schering Lusitânea.
- Committee and the EUSI Writing Committee. *Cerebrovascular Diseases* 2003; 16,311-337.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (2ª edição). São Paulo: Artmed.
- Cordioli, A., Teruchkin, B. (2000). *Fobias específicas: terapia cognitivo-comportamental*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Cordini, K., Oda, E. Y. & Furlanetto, L. M. (2002). Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(4), 12-37.
- Correia, L. & Martins, A. (1999) *Dificuldade de Aprendizagem – Que são? Como entendê-las?* Biblioteca Digital, Coleção Educação – Porto Editora.
- Costa Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 21 (2), 197-204.
- Costa, C. C. R., Fonteles, J. L., Praça, L. R. & Andrade, A. C. (2005). O adoecimento do portador de esclerose múltipla: percepções e vivências a partir da narrativa de dois casos clínicos. *RBPS*, 18 (3), 117-124.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1993). Panic Disorder and Agoraphobia. In *Clinical Handbook of Psychological Disorder*. (1-43). New York: Guilford Press.
- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Czepielewski, M., Rollin, G., Casagrande, A., Ferreira, M. & Ferreira, N. (2005). Tumores não hipofisários da região selar. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo*, 49 (5), 674-690.
- Damasio, H., T. Grabowski, et al. (1994). "The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient." *Science* 264(5162): 1102-1105.
- Dannon, P. N., Iancu, I. & Grunhaus, L. (2002). Psychoeducation in panic disorder patients: effect of a self-information booklet in a randomized, masked-rater study. In *Depression and Anxiety*, 16, 71-76.
- Daniel, H. F., Fonseca, A., Skakavac, N., Araujo, J.C., Lombardo, R. (2004). Muerte debida a lesiones no jerarquizadas en los politraumatismos con lesiones predominantes en el cráneo. *Cuadernos de Medicina Forense* (36):29-34
- Davidoff, L. L. (1983). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill (pp.440-451).
- Del Porto, J. & Versiani, M. (2005). Transtorno Bipolar: tratando o episódio agudo e planejando a manutenção. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 54 (2), 84-88.
- Departamento de Educação Especial da DGEBS. (1992). *A Educação Especial: A Educação de Crianças e Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Direção Geral dos Ensinos Básicos e Secundário
- Dias, A. (2003). *A teoria da Auto-discrepância (uma teoria da vulnerabilidade cognitiva para a depressão e para a fobia social)*. Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Díaz, C. (1997). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un caso de fobia social. *Psicologia.COM* [Online], 1 (1), 52
- Dias, J. (1999). *A Problemática da Relação Família/Escola e a Criança com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Dockrell, J., MacShane, J. (1992). *Children Learning Difficulties*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Donovan, C., Spence, S. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 509-531.
- Dublin, A. & Poirier, V. (1976). Fracture of the Sella Turcica. *European Radiology*, 127, 969-972.
- Duchesne, M. & Almeida, P. (2002). Terapia Cognitivo-Comportamental dos transtornos alimentares. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 49-53.
- Dunner, D. L. (2001). Management of Anxiety Disorders: The Added Challenge of Comorbidity. In *Depression and Anxiety*, 13, 57-71.
- Edwards-Lee, T., Miler, B. L., Benson, D. F., Cummings, J. L., Russel, G. L., Boone, K., et al., (1997). The temporal variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 120, 1027-1040.
- Ellis, A. W. (1995). *Leitura, Escrita e Dislexia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Espie, C., Watkins, J., Duncan, R., Espie, A., Sterrick, M., Brodie, M., Mcgarvey, C. & Curtice, L. (2001). Development and validation of the Glasgow Epilepsy Outcome Scale (GEOS): a new instrument for measuring concerns about epilepsy in people with mental retardation. *Epilepsia*, 42 (8), 1043-1051.

- Espie, C., Watkins, J., Duncan, R., Sterrick, M., Mcdonach, E., Espie, A. & Mcgarvey, C. (2003). Perspectives on epilepsy in people with intellectual disabilities: comparison of family career, staff career and clinician score profiles on the Glasgow Epilepsy Outcome Scale (GEOS). *Seizure*, 12, 195-202.
- Esplen, M. J. & Garfinkel, P. E. (1998). Guided imagery treatment to promote self-soothing in bulimia nervosa – a theoretical rationale. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2): 102-118.
- Ettinger, A. (2004). Commentary on “Personality changes following temporal lobectomy for epilepsy”. *Epilepsy & Behavior*, 5, 601-602.
- Emmelkamp, P. M. (2004). Behavior Therapy with Adults. In Lambert, M. J., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 393-446). 5ªEd. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management- Update 2003: The European Stroke Initiative Executive*
- Everly, G. S. & Rosenfeld, R. (1981). Voluntary Control of Respiration Patterns in the Reduction of Excessive Stress. In *The Nature and Treatment of the Stress Response – A Practical Guide for Clinicians*. (pp. 131-141). New York & London: Plenum Press.
- Facoetti, A., Lorusso M. L., Paganoni P., Cattaneo C., Galli R., Umiltà C., *et al.* (2003). Auditory and visual automatic attention deficits in developmental dyslexia. *Brain Res Cogn Brain Res.*, 16(2),185-91.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia. In Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, (pp. 160-191). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1989). Eating Disorders. In Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. & Clark, D. (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems* (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Falcão, I. V., Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., Lessa, F. J. D. & Leite, V. M. M, (2004). Acidente Vascular Cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Maternal Infantil*, 4(1), 95-102.
- Farrell L. & Barrett P. (2006). Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Cognitive processing of threat in children, adolescents and adults. *British Journal of Psychology*, 97, 95-114.
- Fazekas, F., Barkhof, F., Filippi, M., Grossman, R. I., Li, D. K. B., McDonald, W. I. *et al.* (1999). The contribution of magnetic resonance imaging to the diagnosis of multiple sclerosis. *Neurology*, 53, 448.
- Feltham, C., Horton, I. (2000). *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publication.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patient with multiple sclerosis. *Neurology*, 59, 674-678.
- Fennel, M., J., V. (1997). Depressão. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 241-331) São Paulo: Martins Fontes.
- Fernández, M.C., Fraile, S.P. (2000). *Daño Cerebral – guía de familias*. Madrid: Artegraf
- Fernandes, H. (2002). *Educação Especial, Integração das Crianças e Adaptação das Estruturas de Educação – Estudo de caso*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Ferini-Strambi, L. & Fantini, L. M. (2006). Cerebrovascular Diseases and Sleep-Disordered Breathing. *Clinical and experimental Hypertension*, 28 (3 e 4), 225-231
- Fernández, V.L., Bartolomé, M.V., Ramos, F.M. (2002). Rendimientos mnésicos en traumatismo craneoencefálico moderado al año. *Psicothema*, 14 (1): 71-76
- Fernández, J. H. (1999). Problemática social y calidad de vida del niño epiléptico. Procedimientos para objetivarlas y para mejorarlas. *Boletín de Pediatría*, 39 (167), 28-33.
- Ferreira, M. L., Machado, M. I., Vilela, M. L., Guedes, M. J., Ataíde, L., Santos, S. *et al.*, (2004). Epidemiologia de 118 casos de Esclerose Múltipla com seguimento de 15 anos no centro de referência do Hospital da Restauração de Pernambuco. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62 (4), 1027-1032.
- Ferret, R., MacArthur, C., Dowdy, N. (2000). The Effects of an Elaborated Goal on Persuasive Writing of Students with Learning Disabilities and Their Normally Achieving Peers. *Journal of Education Psychology*. N°4, Volume 92.
- Ferri, J., Chirivella, J., Caballero, M.C., Simó, M., Ramirez, R.M., Noé, E. (2004). Pronóstico e inteligência en los traumatismos craneoencefálicos graves: estudio neuropsicológico mediante el test de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III). *Neurología*, 19 (6):285-291
- Ferrão, Y. A. (2004). *Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- Filho, H. & Gomes, M. (2004). Análise Crítica dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (3), 147-153.
- Fleminger, S., Leight, E., Eames, P., Langrel, P., Nagra, R. & Logsdai, L. (2005). HoNOS-ABI: a reliable outcome measure of neuropsychiatric sequelae to brain injury? *Psychiatric Bulletin*, 29: 53-55
- Fragata, I., Galo, S., Manita, M., Ferreira, S. & Reis, J. (2006) Prevalência de Doença Carotídea na Patologia Cérebro-Vascular Isquémica: O papel do Eco-Doppler. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 446-450.
- Frances, A., Ross, R. (1999). Perturbações de Ansiedade. In A. Frances & R. Ross (Eds.), *DSM-IV: Casos Clínicos*. (pp. 187-225) Lisboa: Climepsi Editores.
- Francis, P., Haywood, S., Rigden, S., Calver, D. & Clark, G. (2003). Benign intracranial hypertension in children following renal transplantation. *Pediatric Nephrology*, 18, 1265-1269.
- Franco, M. A. & Criado, A. H. (Coords) (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Feitoza, D. S., Freitas, M. C., Silveira, R. E. (2004). Traumatismo craneoencefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 06 (02), 223-233.
- Folstein, M., Folstein, S. & Mchugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, V. (1999). *O Insucesso Escolar – Abordagem Psicopedagógica das Dificuldades de Aprendizagem*. 2ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, A. L., Souto, A. A., Domingues, F., Vaisman, M., Gadelha, M., Chimelli, L., Santos, M. J. & Violante, A. H. (2001). Disfunção Hormonal em lesões não hipofisárias das regiões selar e periselar. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 59 (4), 905-912.
- Foong, J., Rozewicz, G., Quaghebeur, C. A., Kartsounis, L. D., Thompson, A. J., Miller, D. H. *et al.* (1997). Executive function in multiple sclerosis. The role of frontal lobe pathology. *Brain*, 120(1), 15-26.
- Funnell, E. (2000). Apperceptive Agnosia and the Visual Recognition of Object Categories in Dementia of the Alzheimer Type. *Neurocase*, 6, 451-463.
- Furtado, O. L. & Tavares, M. C. (2005). Esclerose Múltipla e Exercício Físico. *Acta Fisiatr*, 12 (3), 100-106.
- Fukujima, M. M. & Martinez, T. L. R. (1999). Dislipidemia e acidente vascular encefálico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 4, 529-536.
- Galassi, M., Galassi, J. (1997). *Assert yourself: How to Be Your Own Person*. New York: Human Sciences Press.
- Gallien, P. and S. Robineau (1999). "Sensory-motor and genito-sphincter dysfunctions in multiple sclerosis." *Biomed & Pharmacother* 53: 380-385.
- García, A. (2004). Hipertiroidismo. *Revista de la SEMG*, 69, 622-625.
- García, A. F., Albán, M. F. (2003). Traumatismo craneoencefálico en el niño. *Revista Electrónica de Biomedicina*, 1(1), 12-24.
- García A. F., Céspedes, J. M. (1998). La intervención neuropsicológica en los niños con TCE. *Psicologia.COM* [Online], 2 (2), 36 parágrafos. Disponível em: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_6.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_6.htm) [1 Agosto 1998]
- Garzon, E. (2002). Epilepsia Refractária: Conceito e Contribuição das novas drogas anti-epilépticas e de outras modalidades terapêuticas. *Revista Neurociências*, 10 (2), 66-82.
- Ghose, S., Williams, L., Swindle, R. (2005). Depression and other mental health diagnoses after stroke increase inpatient and outpatient medical utilization three years poststroke. *Med Care*, 43 (12), 1259-1264.
- Giasson, J. (1993). *A Compreensão na Leitura*. 1ª Edição. Porto: Edições Asa.
- Gil, R. (2004). *Neuropsicologia*. Barcelona: Masson, S.A.
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Neurol*, 34 (9): 870-876
- Ginsburg, G. S., & Grover, R. L. (2005). Assessing and Treating Social Phobia in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(9), 736-745.
- Giugno, K. M., Maia, T. R., Kunrath, C. L. & Bizzi, J. J. (2003). Tratamento da Hipertensão Intracraniana. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), 287-296.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (4th Edition). New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Gok, B., Kaptanoglu, E., Solaroglu, I., Okutan, O. & Beskonakli, E. (2003). Intracranial arachnoid cyst: a case report. *Neuroanatomy*, 2, 22-24.

- Golden, C. J., A. D. Purisch, et al. (1995). *Luria- Nebraska Neuropsychological Battery: Manual Forms I and II*. California, Western Psychological Services - WPS.
- Golfeto, J., Veiga, M., Souza, L. & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (2), 66-70.
- Gorman, C., Kluger, J., Park, A. (2002). The science of anxiety. *Time*. Vol. 159, nº23, pp.46 - 99.
- Gonçalves, O. F. (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. 4ª Edição. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B. & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia – Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portugal*, 19, 1-8.
- Gondim, J. & Pinheiro, I. (2001). Abordagem Neuroendoscópica Transnasal Transeptal para a Região Selar. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 59 (4), 901-904.
- González, M. A., Benito, R. P., Grabulosa, J., M. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de psicología*, 20 (2), 303-316.
- Gonzalez, R. G., Fishman, A. J., Guimarães, A. R., Carr, C. A., Stern, C. E., Halpern, E. F., et al., (1995). Functional MR in the Evaluation of dementia: correlation of abnormal dynamic cerebral blood volume measurements with changes in cerebral metabolism on positron emission tomography with fludeoxyglucose F 18. *American Journal of Neuroradiology*, 16 (9), 1763-1770.
- Gouveia, P., Bolognani, S., Brucki, S., Fabrício, A., Buenos, O. (2001). Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6): 295-299
- Gouveia, J. P., Carvalho S. & Fonseca, L. (2004). *Pânico – da compreensão ao tratamento*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gouveia, J. P. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora..
- Graham, N. L. (2000). Dysgraphia in dementia. *Neurocase*, 6, 365-376.
- Grinde, B. (2004). An approach to the prevention of anxiety-related disorders based on evolutionary medicine. *Preventive Medicine. In press*.
- Grigsby, J., Kaye, K., Shetterly, S. M., Baxter, J., Morgenstern, N. E. & Hamman, R. F. (2002). Prevalence of disorders of executive cognitive functioning among the elderly: Findings from the San Luis Valley Health and Aging Study. *Neuroepidemiology*, 21 (5), 213-221.
- Groth-Marnat, G. (2000). *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice*. USA, John Wiley & Sons, Inc.
- Grzesiuk, A. K. (2006). Características clínicas e epidemiológicas de 2 pacientes portadores de esclerose múltipla acompanhados em Cuiabá – Mato Grosso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64 (3A), 635-638.
- Guañas, C. & Japur, M. (2001). Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (1), 191-199.
- Guardiola, J. G. (2001). La evolución del estudio de la dislexia. *Anuario de Psicología*, 32 (1), 3-30.
- Guekht, A. B., Mitrokhina, T. V., Lebedeva, A. V., Dzugaeva, F. K., Milchakova, L. E., Lokshina, O. B., Feygina, A. A. & Gusev, E. I. (2006). Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure*, 4, 1-6.
- Guerreiro, M., Botelho, M., Leitão, O., Castro-caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "mini mental state examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (1), 9-10.
- Guimarães, C., Souza, E., Montenegro, M., Cendes, F. & Guerreiro, M. (2003). Cirurgia para epilepsia na infância – Avaliação neuropsicológica e de qualidade de vida. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 61 (3), 786-792.
- Guridi, J. (2000). La hemorragia subaracnoide. *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(Supl. 3), 139-148.
- Gutiérrez, J.E., Sánchez, M.A., Reyes, C.A., Alzate, N.O., Bohorquez, F. (n.d.). *Rehabilitacion en trauma encéfalo craneano: Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia*. Madrid: Proyecto ISS Ascofame
- Habib, M. (2003). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hackmann, A. (1998). Cognitive Therapy Panic and Agoraphobia: Working with Complex Cases. In Tarrier, N. Wells, A. & Haddock G., *Treating Complex Cases – The Cognitive Behavioural Therapy Approach*, (pp. 27-44). Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Ham, P., Waters, D. B & Norman, O. (2005). Treatment of Panic Disorder. *In American Family Physician*. 71(4), 733-739.
- Haas, S., Frei, M. & Osorio, I. (2006). Strategies for adapting automated seizure detection algorithms. *Medical Engineering & Physics*, 4, 1-15.

- Haase, V., Lacerda, S. (2003). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (1): 28-42
- Hanninen, T., Hallikainen, M., Koivisto, K., Helkala, E. L., Reinikainen, K. J., Soininen, H., *et al.*, (1995). A follow-up study of age-associated memory impairment: neuropsychological predictors of dementia. *J Am Geriatr Soc*, 43 (9), 1007-1015.
- Harboe-Gonçalves, L., Vaz, L. S. & Buzzi, M. (2005). Associação entre níveis plasmáticos de homocisteína e Acidente Vascular Cerebral Isquémico: Estudo transversal analítico. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (1), 97-103.
- Haxby, J. V., Grady, C. L., Koss, E., Horwitz, B., Heston, L., Shapiro, M., *et al.*, (1990). Longitudinal study of cerebral metabolic asymmetries and associated neuropsychological patterns in early dementia of the Alzheimer type. *Archives Neurology*, 47 (7).
- Hazin, I. & Falcão, J. (2000). Atividade matemática em crianças com epilepsia: cerebralidade e enculturação. *Epilepsy & Behavior*, 4 (2), 1-14.
- Heinrichs, N., Spiegel, D. A. & Hofmann, S. G. (2002). Panic Disorder with Agoraphobia. In Bond, F. W. & Dryden, W., *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Heron, C. (2002). *The Relaxation therapy manual*. United Kingdom: Speechmark Publishing.
- Herreras, E. B. (2003). Planificación de un programa de rehabilitación neuropsicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6 (16), n.d.
- Hill, D., Pond, D., Mitchell, W. & Falconer, M. (2004). Personality changes following temporal lobectomy for epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 603-610.
- Hodges, J. (1996). *Valoración cognitiva*. Barcelona: Prous Science
- Hodges, J. R. & Patterson, K. (1996). Nonfluent progressive aphasia and semantic dementia: A comparative neuropsychological study. *Journal Int. Neuropsychol Soc*, 2 (6), 511-524.
- Hollon, S. O. & Beck, A. T. (2004). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies – Panic and the anxiety disorders. In Lambert, M. J., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 447-492). 5ªEd. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Holsboer, F. (2004). Therapeutics for depression and anxiety disorders. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*. Vol. 1, nº1, pp.105-109.
- Hora, E.C., Sousa, R.M. (2005). Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 93-98
- Howard, W. T. (2001). Cultural Issues in the Treatment of anxiety. *Community Mental Health Journal*. Vol. 37, nº 2, pp.193.
- Hutchings, S., Comins, J., Offiler, J. (1991). *The Social Skills Handbook – Practical Activities For Social Communication*. Oxon: Winslow Press.
- Hudson, J. L., Deveney, C., & Taylor, L. (2005). Nature, Assessment, and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children. *Psychiatric Annals*, 35(9), 719-728.
- Hudson, J. L. (2005). Efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy for Children and Adolescents With Anxiety Disorder. *Behaviour Change*, 22(2), 55-71.
- Hughes, J. C., Graham, N., Patterson, K. & Hodges, J. R. (1997). Dysgrafia in mild dementia of Alzheimer's type. *Neuropsychologia*, 35 (4), 533-545.
- Ino, T., Asada, T., Ito, J., Kimura, T., & Fukuyama, H. (2003). Parieto-frontal networks for clock drawing revealed with fMRI. *Neuroscience Research*, 45, 71-77.
- Insa, L. I., Pastor, M. A. & Ochoa, G. M. (2001). La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17 (2), 189-200.
- Issakidis, C., Andrews, G. (2002). Rationing of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*. Nº 17, pp. 59-74.
- Jagust, W. J. (1994). Functional imaging in dementia: an overview. *Journal Clinical Psychiatry*, 55 (1), 5-11.
- Jamus, D. R. & Mader, M. J. (2005). A Figura Complexa de Rey e seu papel na Avaliação Neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11 (4), 193-198.
- Jarrett, R. B. & Rush, A. J. (1988). Cognitive Therapy for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. In Perris, C., Blackburn & Perris, H., *Cognitive Psychotherapy – Theory and practice*. (pp.253-273). Berlin: Springer – Verlag.
- Jaramillo, F. J., González, G., Vélez, P., Bran, M. E., Restrepo, D., Duque, A. (2001). Factores de riesgo asociados con letalidad y complicaciones tempranas en pacientes con trauma craneoencefálico cerrado. *Colombia Médica*, 32 (1), 49-56

- Jensen, E. (2002). *O Cérebro, a Bioquímica e as Aprendizagens. Um Guia para Pais e Educadores*. Porto: Edições ASA.
- Jennett, B. (2005). Development of Glasgow Coma and Outcome Scales. *Nepal Journal of Neuroscience*, 2:24-28
- Joyce-Moniz, L. (2002). *A Modificação do Comportamento: Teoria e Prática da Psicoterapia e Psicopedagogia Comportamentais*. Lisboa: Horizonte.
- Júnior, H. C. (2002). Avaliação de Epilepsia por Neuroimagem Estrutural. Protocolos. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 94-98.
- Junqué, C., & Barroso, J. (2001). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Junqué, C. (1999). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol*, 28 (4): 423-429
- Junqué, C., Barroso, J. (2001). Patología cerebral. In C. Junqué, J. Barroso (Eds). *Neuropsicología*. (pp. 71-133). Madrid: Editorial Síntesis.
- Jurado, M. Á. (2004). Bases Anatómicas y Fisiológicas del Lenguaje. In C. Junqué, O. Bruna & M. Mataró (Eds.), *Neuropsicología del Lenguaje: Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación*. (pp. 41-48). Barcelona: Masson, S.A.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 91-99.
- Kalb, C. & Wingert, P. (2003). Coping with anxiety. *Newsweek*. Vol.141, nº8, pp.51.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*: Artmed.
- Kaplan, H. J., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1997). Transtornos de Ansiedade. In H. J. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, (Eds.). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7ª Ed.)*. São Paulo: Artmed (pp. 545-583).
- Kairalla, I. C., Bressan, R. A. & Mari, J. J. (2004). Epilepsia, Depressão e Transtornos do Humor. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 59-63.
- Kaufman, J. & Charney, D. (2000). Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. In *Depression and Anxiety*, 12(1), 69-76.
- Karlinska, I. & Selmaj, K. (2005). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Neurol Neurochir Pol.*, 39 (2), 125-133.
- Karzmark, P., Zeifert, P. & Barry, J. (2001). Measurement of Depression in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2, 124-128.
- Kazdin, A. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Vol. I. Oxford: APA, University Press.
- Kelley, L. A., Bell-Dolan, D. & Beitman, B. D (1997). An Integrated Therapy for Anxiety Disorders. In *Psychotherapy in Practice*, 3(2), 5-21.
- Kendall, P. C., & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 27-39.
- Kendall, P. (Ed.). (1991). *Child & Adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press
- Kessler, L. A., Novelli, P. M. & Reigel, D. H. (1998). Surgical treatment of benign intracranial hypertension – subtemporal decompression revisited. *Surgical Neurology*, 50, 73-76.
- Khan, F., Baguley, I., Cameron, I. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *MJA*, 178: 290-295
- Kiddch, M. J., G. W. Humphereys, et al. (1994). *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*. U.K., Publishers Hilldale Associates.
- Killcross, S. (2003). The neural substrates of anxiety. In M. A. Ron, T. W. Robbins. *Disorders of Brain and Mind 2*. UK: Cambridge Press.
- King, N., Heyne, D., Tonge, B., Gullone, E., & Ollendick, T. (2001). School Refusal: Categorical Diagnoses, Functional, Analysis and Treatment Planning. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 352-360.
- King, R.B. (1986). Quality of Life After Stroke. *Stroke*, 27, 1467-1472.
- Kirk, J. (1997). *Avaliação Cognitivo-Comportamental*. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 75-137) São Paulo: Martins Fontes.
- Kjernisted, K. D. & Bleau, P. (2004). Long Term Goals in the Management of Acute and Chronic Anxiety Disorders. In *Canada Journal Psychiatry*, 49(1), 51-63.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 98-104.
- Koizumi, M., Lenrão, M., Jorge, M., Primerano, V. (2000). Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 58 (1): 81-90
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (1996). *Fundamentals of Human Neuropsychology (3ª ed.)*. New york: Freeman.
- Koocher, G. P. (1995). Ethics in psychotherapy. In B. Bongar, L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy, Theory and Practice* (pp. 457-473). USA: Oxford University Press.

- Kornblum, K. & Osmond, L. (1999). Deformation of the sella turcica by tumors in the pituitary fossa. *European Radiology*, 8, 201-211.
- Knopman, D. S. & Ryberg, S. (1989). A verbal memory test with high predictive accuracy for dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol*, 46 (2), 141-145.
- Kuhlmann, T. and W. Brück (2000). Algunos aspectos de la histopatología en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología* 30(12): 1208-1212.
- Kremenutzky, M. (2000). The natural history of multiple sclerosis. *Revista de Neurología*, 30 (10): 967-972.
- Lafuente, J.V. Zarranz, J.J. (1998). Biopatología de los traumatismos craneoencefálicos: modelos experimentales. *Rev Neurol*, 26 (150):224-232
- Lanzillo, R., Prinster, A., Scarano, V., Liuzzi, R., Coppola, G., Florio, C. *et al.* (2006). Neuropsychological assessment, quantitative MRI and ApoE gene polymorphisms in a series of MS patients treated with IFN beta-1b. *Journal of the Neurological Sciences*, 245, 141-145.
- Lazcano, M.M., Murga, F. M., Barroso, J. M., Morales, R. D., León-Carrión, J. (Dezembro, 1999). *Cambios emocionales después de un traumatismo craneoencefálico grave*. Comunicação apresentada ao Fisi International Congress Neuropsychology in Internet
- Lee, T. H., Hsu, W. C., Chen, C. J. & Chen, S. T. (2002). Etiologic study of young ischemic stroke in Taiwan. *Stroke*, 33, 1950-1955.
- Lee, S. A., Yoo, H. J. & Lee, B. I. (2005). Factors contributing to the stigma of epilepsy. *Seizure*, 14, 157-163.
- Leiper, R. & Kent, R. (2001). *Working Through Setbacks in Psychotherapy – Crisis, Impasse & Relapse*. London: Sage Publications.
- León-Carrión, J. (1995). *Manual de Neuropsicología Humana*. Espanha, Siglo Veintiuno Editores.
- Levitt, T. & Johnstone, B. (2001). The assessment and rehabilitation of attention disorders. In B. Johnstone & H. H. Stonnington (Eds.), *Rehabilitation of Neuropsychological Disorders: A practice guide for rehabilitation professionals* (pp. 27- 52). USA: Psychology Press.
- Levitan, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood Adversities Associated With Major Depression and or Anxiety Disorders in a Community Sample of Ontario: Issues of Co-Morbidity and Specificity. *Depression and Anxiety*, 17, 34-42.
- Lezak, M. D. (2003). "Principles of Neuropsychological assessment." *Psychologica* 34: 9-25.
- Lieper, R., Kent, R. (2001). *Working Through Setbacks in Psychotherapy – Crisis, Impasse & Relapse*. London: SAGE Publications (pp.49-67).
- Lima, J. G., Nóbrega, L. H., Nóbrega, M. L., Paiva, M. T., Page, R., Sturrock, N. & Jeffcoate, W. (2003). Fatores associados com recidiva precoce do Hipertireoidismo após tratamento com Radioiodoterapia. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo*, 47 (6), 701-705.
- Lindeboom, J. *et al.* (2001). The Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests: normative values allow application in multiple sclerosis clinical practice. *Multiple Sclerosis*, 7, 263-267.
- Lowery, N., L. Giovanni, et al. (2003). "Relationship between clock-drawing and neuropsychological and functional status in elderly institutionalized Patients with schizophrenia." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(6): 621.
- López, F.O., Hernández, E.S., Espinosa, D.G., Boliart, R.T., Rona, S.R., Guitart, M.B. (2004). Resultado funcional al alta de los traumatismos craneoencefálicos graves ingresados en una unidad de daño cerebral. *Revista de Neurología*, 39 (10): 901-906
- López, M. P. S.-., T. Olivares-Peréz, et al. (2004). Esclerosis múltiple y depresión. *Revista de Neurología* 38(6): 524-529.
- Lopes, E. Pereira, J. P. Gouveia, C. Farate, B. Figueiredo, A. P. Relvas, M. Alarcão (Eds.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*. (pp. 89- 141) Coimbra: Quarteto
- Lowery, N., L. Giovanni, et al. (2003). Relationship between clock-drawing and neuropsychological and functional status in elderly institutionalized Patients with schizophrenia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(6), 621.
- Lovell, K. (2000). Behavioural psychotherapy. In A. Feltham, C. & Horton, I. (Eds.), *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. (pp. 309-314) London: SAGE Publications.
- Lozano, A., Ramírez, M. & Ostrosky-Solis, F. (2003). Neurobiología de la dislexia del desarrollo: una revisión. *Rev Neurol*, 36, 1077-1082.
- Lublin, F. D. (2002). The diagnosis of multiple sclerosis. *Current Opinion in Neurology*, 15(3), 253-256.
- Luria, A. R. (1979). *El Cerebro Humano y Los Procesos Psíquicos: Análisis neuropsicológico de la actividad consciente*. Barcelona: Fontanella.
- Macedo, A. F. & Pocinho, F. E. (2000). *Obsessões e Compulsões – as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Machado, M., Correia, A., Falcão, L. M. & Ravara, L. P. (2004). Linfoma de Hodgkin – Conceitos Actuais. *Medicina Interna*, 11(4), 207-215.
- Mack, W., Eberle, C., Frölich, L., & Knopf, M. (2005). Memory for Performed Actions in Dementia of Alzheimer Type: Further Evidence for a Global Semantic Memory Deficit. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 20, 381-387.
- MacCormick, C., Pressley, M. (1997). *Educational Learning Instruction Assessment*. New York: Longman.
- Maestú, F., Quesney-Molina, F., Ortiz-Alonso, T., Campo, P., Fernández-Lucas, A., & Amo, C. (2003). Cognición y redes neurales: una nueva perspectiva desde la neuroimagen funcional. *Revista de Neurologia*, 37(10), 962-966.
- McPherson, F. M. (1988). Cognitive Therapy for Bulimia. In Perris, C., Blackburn - & Perris, H., *Cognitive Psychotherapy – Theory and practice*. (pp. 306-319). Berlin: Springer – Verlag.
- Martínez-Arán, A., Solé, P., Salamero, M., Azpiazu, P. d., Tomás, S., & Marín, R. (1998). El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. *Revista de Neurologia*, 27 (155), 55-59.
- Maia, L. (2006). *Esclerose Múltipla: Avaliação Cognitiva*. Viseu: Psico & Soma.
- Maia, L., Loureiro, M. & Silva, C. (2002). *Versão Portuguesa Experimental da Bateria Neuropsicológica de Luria-Nebraska*. Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior.
- Maia, L. (2002). "Alterações Neuropsicológicas em Pacientes Esquizofrénicos." *Revista de Psicologia e Educação* 1 (1 e 2): 51-72.
- Maia, L., Loureiro, M., Silva, C., Pato, A., Loureiro, M., Correia, C., Carvalho, C., Gaspar, C., Oliveira, H., Viegas, J., Amaral, M., Azevedo, M., Marques, M., Pombo, P., Branco, R., Pita, T. (2003). Avaliação Neuropsicológica através da Bateria de Avaliação Neuropsicológica Luria Nebraska: A sua Introdução em Portugal – Descrição do instrumento e dois estudos de caso. *Psiquiatria Clínica*, 24 (2): 91-106.
- Maia, L., Gaspar, C., Azevedo, M., Loureiro, M., Silva, C.F. (2004). Reabilitação cognitiva assistida por computador. O programa rehacom e a sua utilização no GEARNeurop. *Psiquiatria Clínica*, 25 (2): 83-105
- Manassis, K, Avery, D., Butalia, S. & Mendlowitz, S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy with childhood anxiety disorders: Functioning in adolescence. *Depression and Anxiety*, 19, 209-206.
- Manchanda, R. (2002). Psychiatric Disorders in Epilepsy: Clinical Aspects. *Epilepsy & Behavior*, 3, 39-45.
- Manga, D. & Fournier, C. (1997). *Neuropsicología clínica infantil – Estudio de casos en edad escolar*. Madrid: Editorial Universitat, S.A.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21: 11-20
- Marchetti, R., Castro, A., Kurcgant, D., Cremonese, E. & Neto, J. (2005). Transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 170-182.
- Marchetti, R. & Kurcgant, D. (2001). Diagnóstico e Tratamento de Epilepsia e Crises Pseudoepilépticas psicogénicas associadas. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 59 (2), 461-465.
- Martin, M. G., Júnior, E. A. & Portela, L. A. (2002). Ressonância Magnética Funcional em Epilepsia. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 99-104.
- Mataró, M., & Pedraza, S. (2004). Técnicas de Neuroimagen y Localización de Lesiones. In C. Junqué, O. Bruna & M. Mataró (Eds.), *Neuropsicología del Lenguaje: Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación* (pp. 95-109). Barcelona: Masson, S.A.
- Mauri-Llerda, J., Pascual-Millán, L., Tejero-Juste, C., Íñiguez, C., Escalza-Cortina, I. & Morales-Asín, F. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en epilepsia. *Revista de Neurologia*, 32 (1), 77-82.
- Mansur, C. G., Cabral, S. B., Sartorelli, M. C., Lopes, A. C., Miguel, F. E., Bernik, M. A. & Marcolin, M. A. (2004). Aplicação da estimulação magnética transcraniana de repetição no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (5), 257-261.
- Mazzola, D., Polese, J. C., Schuster, R. C. & Oliveira, S. G. (2007). Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20 (1), 22-27.
- McNally, R. J. (1994). *Panic Disorder – A Critical Analysis*. New York: The Guilford Press.
- Mathews, A. M.; Gelder, M. G. & Johnston, D. W (1981). *Agoraphobia: Nature and Treatment*. London & New York: Tavistock Publications.

- Max, J., Roberts, M., Koele, S., Lindgren, S., Robin, D., Arndt, S., Smith, W., Sato, Y. (1999). Cognitive outcome in children and adolescents following severe traumatic brain injury: Influence of psychosocial, psychiatric, and injury-related variables. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5: 58–68.
- Mayou, R., Bryant, B. (2000). Unconsciousness, amnesia and psychiatric symptoms following road traffic accident injury. *British Journal of Psychiatry*, 177: 540-545
- Mendes, S. (1978). Dislexia e Dispedagogia. *Análise Psicológica: O Insucesso Escolar*. Nº1. Volume II. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA.
- Meneses, R., Ribeiro, J. & Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com epilepsia. – Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 119-139.
- Melo, J.R., Filho, J.O., Silva, R.A., Júnior, E.D. (2005). Factores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma craniocéfálico. *Arq Neuropsiquiatr*, 63 (4): 1054-1057
- Meuret, A. E., Wilhelm, F. H. & Roth, W. T. (2004). Respiratory Feedback for Treating Panic Disorder. In *Journal Clinical Psychological*, 60(2), 197-207.
- Minguetti, G. (2001). Ressonância magnética na Esclerose Múltipla: Análise de 270 casos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59 (3-A), 563-569.
- Miranda, M. A. & Bordin, I. A. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 33-41.
- Mitsi, C., Silveira, J. & Costa, C. (2004). Treinamento de habilidades sociais no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*,
- Mohan, D., Muhlrud, N., Waxweiler, R. (2004). *La seguridad vil no es accidental*. Ginebra: OMS.
- Mogi, S. Y. N., H. Umegaki, et al. (2004). "The Clock Drawing Test as a Valid Screening Method for Mild Cognitive Impairment." *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 18 (2): 172-179.
- Molina, I., Valera, B., Hidalgo, C., León, L. & Piédrola, G. (2000). Hipertiroidismo: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Medicina General*, 45 (4), 370-376.
- Moreira, M. A., C. P. Tilbery, et al. (2002). "Aspectos históricos de la esclerosis múltiple." *Revista de Neurologia* 34 (4): 378-383.
- Moreno, A., Faerstein, E., Werneck, G., Lopes, C. & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde no Estudo Pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22 (12), 2585-2597.
- Moss, H. E., Cappelletti, M., Davies, P. M., Jaldow, E. & Kopelman, M. (2000). Lost for words or loss of memories: Autobiographical memory in semantic dementia. *Brain and Language*, 74, (3).
- Moses, Jr. Pritchard, D. & Adams, R. (1999). Normative Corrections for the Halstead Reitan Neuropsychological Battery. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14 (5), 445-454.
- Mumenthaler, M. and H. Mattle (2004). *Neurology*. New York, Georg Thieme Verlag.
- Murga, F. M., León-Carrión, J., Morales, R. D., Barroso, J. M. (Dezembro, 1999). *Cuándo están establecidas las secuelas neurocognitivas después de un traumatismo craneoencefálico grave?* Comunicação apresentada ao Fist International Congress Neuropsychology in Internet
- Muris, P., Meeters, C., & Melick, M. (2002). Treatment of Childhood Anxiety Disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy an psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Nadiga, D. N., Hensley, P. L & Uhlenhuth (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavior therapy compared to medications in panic disorder. In *Depression and Anxiety*, 17, 58-64.
- National Health Committee (1998). *Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders*. Retirado em 15 de Março de 2005 de: [http://www.org.nz/guidelines/0038/anxiety_guideline.pdf](http://www.org.nz/guidelines/0038/anxiety_guideline.pdf)
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Mindera, R. B. (2001). Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety Disordered Children in A Clinical Setting: Does Additional Cognitive Parent Training Enhance Treatment Effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330–340.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., et al. (1998). Cummings and DF Benson. Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51 (6), 1546-1554.

- Neisser, G. (2002). Avaliação da Dislexia. *O Choque Linguístico – A Dislexia nas Várias Culturas*. Bruxelas: Dyslexia International – Tools and Technologies.
- Neto, F. L. (1998). Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares. In Cardioli, A. V., *Psicoterapias – Abordagens Atuais* (pp. 302-310). 2ª Ed. São Paulo: ARTMED.
- Newman, M. G, Erickson, T., Przeworski, A. & Dzus, E. (2003). Self-Help and Minimal-Contact Therapies for Anxiety Disorders: Is Human Contact Necessary for Therapeutic Efficacy?. In *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- Nelson, L., Elder, J., Groot, J., Tehrani, P. & Grant, A. (2004). Personality testing and epilepsy: Comparison of two MMPI-2 correction procedures. *Epilepsy & Behavior*, 5, 911-918.
- Neves, C., Delgado, J. & Medina, J. (2006). Mecanismos de disfunção imunológica nas doenças auto-imunes da tiróide. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1 (1), 43-50.
- Nocentini, U., Rossini, P. M., Carlesimo, G. A., Graceffa, A., Grasso, M. G., Lupoi, D. *et al.*, (2001). Patterns of Cognitive Impairment in Secondary Progressive Stable Phase of Multiple Sclerosis: Correlations with MRI Findings. *European Neurology*, 45, 11-18.
- Noffs, M., Magila, M., Santos, A. & Marques, C. (2002). Avaliação Neuropsicológica de Pessoas com Epilepsia. Visão Crítica dos Testes Empregados na População Brasileira, *Revista Neurociências*, 10 (2), 83-93.
- O'Brien, P. (2002). Ansiedade e Perturbações Dissociativas. In P. O'Brien, W. Kennedy, D. K. Ballar (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: uma integração de teoria e prática* (pp. 317-330) Lisboa: McGraw-Hill.
- Odrizola, E. E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. Amadora: McGraw-Hill.
- Oliveira, J. & Gouveia, O. (2003). Transtornos Psiquiátricos associados à Epilepsia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (5), 160-164.
- Oliveira, M., Laranjeira, R. & Jaeger, A. (2002). Estudo dos Prejuízos Cognitivos na dependência do álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 205-212.
- Oliveira, J., Oliveira, A. (1996). *Psicologia da Educação Escolar I: Aluno –Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oliveira, E. M. L., Annes, M. & Oliveira, A. S. B. (1999). Esclerose múltipla: estudo clínico de 50 pacientes acompanhados no ambulatório de neurologia UNIFESP – EPM. *Arquivos de Neuro- Psiquiatria*, 57 (1), 51-55.
- Organização Mundial da Saúde. (n/d). *Ageing and Life course: The world is fast ageing – have we noticed*. (Retirado em 7 de Fevereiro de 2007 de: <http://www.who.int/entity/ageing/en/>).
- Otero, D. J. L. & Scheitler, L. F. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Uruguay*, 19, 4-13.
- Otto, Smits, & Reese (2004). Cognitive-Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. In *Journal Clinical Psychiatry*, 65(5), 34-41.
- Otto, M., Pollack, M., Maki, K., Gould, R., III, J. W., & Smoller, J. (2001). Childhood History of Anxiety Disorders Among Adults with Social Phobia: Rates, Correlates, and Comparison with Patients with Panic Disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 209-213.
- Otero, J., Scheitler, L. (2001). La rehabilitación de los transtornos cognitivos. *Rev Med Uruguay*, 17: 133-139
- Palace, J. (2001). Making the Diagnosis of Multiple Sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71 (2), 3-8.
- Paraskevas, K. L. I., Daskalopoulou, S. S., Daskalopoulou, M. E. & Liapis, C. D. (2005). Secondary Prevention of Ischemic Cerebrovascular Disease. What is the evidence? *Angiology*, 56 (5), 539-552.
- Parkin, A. J. (2003). *Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Parkinson, M. (1998). *Como ter Sucesso nos Testes Psicológicos*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Parra, A. (1999). Antidepressivos. In G. Gomez-Jarabo (Ed.), *Farmacologia de la conducta: Manual Básico para Psicoterapeutas y Clínicos* (pp. 173-186). Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Payette, D. (2004). Treating Anxiety Sufferers in Clinical Practice. *Insights – News for Clinical Counsellors of B. C.*. Vol. 13, nº2, pp.23 - 24.
- Perea-Bartolomé, M. V. (2000). Evaluación neuropsicológica en pacientes con deficit sensitivo y/o motor. *Revista de Neurología*, 30 (5), 468-473.
- Perea, M. V., Ladera, V., Morales, F. (1999). Valor predictivo de los testes breves sobre la situación cognitiva en traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 29 (12), 1099-1103
- Perea, M. V., Ladera, V., Blanco, A., Morales, F (1999). Árbol de decisión diagnóstica para la correcta utilización de las técnicas de evaluación neuropsicológica en el traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 28 (10), 999-1006
- Pereira, M. A. M. (1995). *Dislexia-disortografia: numa perspectiva psico-linguística*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Pereira, S., Coelho, F. B. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187-192.
- Pereira, M., Neves, C. & Medina, J. (2006). Importância da Psicologia Clínica na terapêutica as doenças endócrinas. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1 (1), 51-64.
- Petersen, R., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J., Rabins, P., *et al.*, (2001). Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985-1992.
- Peterson, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L. & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (na evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1133-1142.
- Petribú, K. (2001). Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 17-20.
- Pestun, M. (1999). Avaliação Psicopedagógica em Dislexia: um estudo de caso. Nº1, Volume 1.
- Pestun, M. S. V., Ciasca, S. & Gonçalves, V. M. G. (2002). A importância da equipa interdisciplinar no diagnóstico de dislexia do desenvolvimento – Relato de caso. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 60 (2-A), 328-332.
- Pike, K. M., Loeb, K. & Vitousek, K. (1996). Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In Thompson J. K., *Body Image, Eating Disorders, and Obesity – an integrative guide for assessment and treatment* (pp. 253-302). Washington: American Psychological Association.
- Pimentel, J. (2006). Epilepsia. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 89-100). Lisboa: Lidel.
- Pineda, D. A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurologia*, 30 (8), 764-768.
- Piras, M. R., Magnano, I., Canu, E. D. G., Paulus, K. S., Satta, W. M., Soddu, A. *et al.* (2003). Longitudinal study of cognitive dysfunction in multiple sclerosis: neuropsychological, neuroradiological, and neuropsychophysiological findings. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 878-885.
- Pinheiro, M. (2005). Aspectos Históricos da Neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. *Educar*, 25, 175-196.
- Pires, C. M. (2003). *Manual de Psicopatologia – Uma Abordagem Biopsicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.
- Pires, C., Costa, G., Rottenfusser, L., Dozza, M., Munerolli, E. & Iser, D. (2001). Hipertensão Intracraniana Idiopática. *Revista Médica*, 11 (28), 34-38.
- Pires, S. L., Gagliardi, R. J. & Gorzoni, M. L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(3-B), 844-851.
- Pittela, J. E. H. & Duarte, J. E. (2002). Prevalence and types of cerebrovascular diseases in 242 hospitalized elderly patients, autopsied in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, from 1976 to 1997. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 47-55.
- Plaja, C. J., O. B. Rabassa, *et al.* (2004). *Neuropsicología del lenguaje - Funcionamiento normal e patológico*. Barcelona, MASSON, S. A.
- Ponds, R. & Hendriks, M. (2006). Cognitive Rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy. *Seizure*, 15, 267-273.
- Pound, P., Bury, M. & Ebrahim, S. (1997). From apoplexy to stroke. *Age and Ageing*, 2, 331-337.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., *et al.*, (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24 (3), 713-717.
- Powell, T. (2003). *The Mental Health Handbook – Edição Revista*. United Kingdom: Speechmark Publishing.
- Power, K. G., Sharp, D. M., Swanson, V. & Simpson, R. J. (2000). Therapist Contact in Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia in Primary Care. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 37-46.
- Pozzilli, C., Romano, S. Cannonni, S. (2002). Epidemiology and current treatment of multiple sclerosis in Europe today. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39 (2), 175-186.
- Puccioni-Sohler, M., Lavrado, F. P., Bastos, R. R. G., Brandão, C. O. & Papaiz-Alvarenga, R. (2001). Esclerose Múltipla: Correlação clínico-laboratorial. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(1), 89-91.
- Puccioni-Sohler, M., Passeri, F., Oliveira, C., Brandão, C. O. & Papaiz-Alvarenga, R. (1999). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(4), 927-931.
- Pugliatti, M., Rosati, G., Carton, H., Riise, T., Drulovic, J., Vécsei, L. *et al.* (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*, 13 (7), 700-722.

- Rach, J. (1999). *Dyslexia: The phonological deficit hypothesis*. In Lundberg, I., Tonnesem, F. E., Austad, I. (Eds.) *Dyslexia: Advances in Theory and Practice* (pp. 34-39). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Ramos, A. M. (2004). *Psicofármacos – nova estratégia*. Lousã: Lidel.
- Ramus, F. (2003). Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? *Neurobiology*, 13, 212-218.
- Ramus, F. (2004). Neurobiology of dyslexia: a reinterpretation of the data. *Neurosciences*, 27 (12), 720-726.
- Rapee, R. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Range, B. & Reis de Sousa, C. (1998). Terapia Cognitiva. In A. Cordioli, A. V.(Ed), *Psicoterapias – Abordagens Actuais*. (pp. 209-221) Porto Alegre: Artmed.
- Rebelo, J. (1993). *Dificuldades da Leitura e da Escrita – em alunos do Ensino Básico*. Rio Tinto: Edições Asa/Clube do Professor.
- Rebelo, J., Fonseca, A., Simões, A., Ferreira, J.(1995). Dificuldades de Aprendizagem: Elementos para a Caracterização do Problema. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. N.º 3.
- Reina, M. A., López, A., Benito-León, J., Pulino, P. & María, F. (2004). Hematoma subdural intracranial y espinal, una complicación poco común de la anestesia epidural y subaracnoidea. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 28-39.
- Renneberg, B., Chambless, D. L., Fydrich, T. & Goldestein, A. J. (2002). The Relationship of Affect Balance in Family Interactions to Behavior Therapy Outcome: A Study with Agoraphobic Outpatients and their Relatives. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 112-121.
- Ribeiro, C. A. (1999). Farmacologia da buspirona na ansiedade e na depressão. *Saúde Mental*, 1 (3).
- Roca, E. & Roca, B. (2005). La bulimia nerviosa y su tratamiento: terapia cognitivo conductual de Fairburn. *Psiquiatria*, 3 (5): 111-115.
- Rodgers, J. & Bland, R. (1996). Psychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis: A Review. *Can J Psychiatry*, 41, 441-446.
- Rodrigues, J. E., Sá, M. S. & Alouche, S. R. (2004). Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Revista Neurociências*, 12(3), 117-122.
- Ropper, A. H. & Brown, R. H. (2005). *Principles of Neurology*. 5ª Edição. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Rosseli, D., A. Ardila, et al. (2000). El Examen abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurologia*, 30 (5), 428-432.
- Rovira-Cañellas, A., Alonso-Farré, J. & Río-Izquierdo, J. (2000). Magnetic Resonance in the clinical and therapeutic follow-up of multiple sclerosis. *Revista de Neurologia*, 30 (10), 980-985.
- Royall, D. R., Mulroy, A. R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (1999). Clock drawing is sensitive to executive control: A comparison of six methods. *The Journals of Gerontology*, 54B(5), 328-333.
- Ros, A. M. J. (1998). *Psicoterapia Cognitivo-Comportamental das Perturbações de Ansiedade*. Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais-Área Departamental de Psicologia da Universidade do Algarve.
- Riverón, R.P., Benítez, S.A., Cobo, E.J., Ramírez, D.M., Fabrè, E.R. (1998). Médicos de la familia ante los traumatismos del sistema nervioso: ¿pueden disminuir la mortalidad? *Rev Cubana Med Gen Integr*, 14 (5): 504-9
- Riverón, F.F., Hernández, J.L., Moure, R.F., Rodríguez, R.M., González, E.A., Pérez, J.C., (2003). Aplicación de la escala pronóstica de Mayer en el niño politraumatizado. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 2: 8-16
- Romaldini, J. H., Sgarbi, J. A. & Farah, C. S. (2004). Disfunções mínimas da Tiróide: Hipotiroidismo Subclínico e Hipertiroidismo Subclínico. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólico*, 48 (1), 147-158.
- Rosario-Campos, M. C. & Mercadante M. T. (2000). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 16-19.
- Rosseli, D., A. Ardila, et al. (2000). "El Examen abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano." *Revista de Neurologia* 30(5): 428-432.
- Roth, W. T., Wilhelm, F. H. & Trabert, W. (1998). Autonomic instability during relaxation in panic disorder. In *Psychiatry Research*, 80, 155-164.
- Rotta, N., Silva, A., Ohlweiler, L. & Riesgo, R. (2004). Prevalência de hipertensão intracraniana e seguimento ambulatorial de pacientes com meningite aguda internados em UTI pediátrica. *Revista AMRIGS*, 48 (2), 82-85.
- Royall, D. R., Mulroy, A. R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (1999). Clock drawing is sensitive to executive control: A comparison of six methods. *The Journals of Gerontology*, 54B(5), 328-333.

- Rosseli, D., A. Ardila, et al. (2000). El Examen abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurologia*, 30 (5): 428-432.
- Rey, R.R. (2002). *Fundamentos de neurologia e neurocirurgia*. Tucumán: Editorial Magna Publicaciones.
- Ruben, A. (2002). Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. *Rev Mex Neuroci*, 3 (4): 223-229
- Ruiter, C. (1994). Anxious attachment in agoraphobia and obsessive-compulsive disorder: A literature review and treatment implications. In Perris, C., Arrindell, W. A., Eisemann, M., *Parenting and Psychopathology*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Sacadura, C. (2002). *Investigação sobre possíveis processos cognitivos e comportamentais envolvidos na manutenção da ansiedade social*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salkovskis, P. M., Kirk, J. (1997). Distúrbios Obsessivos. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um guia prático*. (pp. 185-239) São Paulo: Martins Fontes.
- Salkovskis, P. M. (1996). The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behaviour, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions. In A. Salkovskis, P. M. (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. (pp. 48-72) New York: The Guilford Press.
- Sallomi, D., Taylor, H., Hibbert, J., Sanders, M., Spalton, D. & Tonge, K. (1998). The MRI appearance of the optic nerve sheath following fenestration for benign intracranial hypertension. *European Radiology*, 8, 1193-1196.
- Sanches, R., Assunção, S. & Hetem, L. (2005). Impacto da comorbilidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 71-77.
- Sánchez, A., Benavides, E. & Ramírez, M. (2005). Obesidad: Baja Autoestima? Intervención Psicológica en pacientes com obesidad. *Ensenanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428.
- Santin, A., Ceresér, K. & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 105-109.
- Santos, F., Parolin, A., Lindoso, E., Santos, H. & Sousa, L. (2005). Hipertensão intracraniana com manifestações oculares associada ao uso de tetraciclina: relato de caso. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*, 68 (5), 710-703.
- Santo, J., Maineri, N. & Portuguez, M. (2004). Epilepsia e Crises Não-Epilépticas. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 29-33.
- Sanz, M. M. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención*, 3 (10), 237-261.
- Schnall, E. (2002). Treatment of Childhood and Adolescence Anxiety Disorders With Tricyclic Antidepressants. *Einstein Quart. J. Biol. Med.*, 19, 50-55.
- Schwartz, m. B. & Brownell, K. D. (2001). Vulnerability to eating disorders in adulthood. In R. E. Igram & J. M. Pride (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology – risk across the lifespan* (pp. 412-443). New York: The Guilford Press.
- Serra, A. V. (1989). Transtornos mediados pela ansiedade: perspectivas actuais do seu tratamento. *Psicologia*, VII (1), 11-24.
- Senol, V., Soyuer, F., Arman, F. & Ozturk, A. (2006). Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 1-9.
- Silverstone, P. & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatric*, 2 (2), 1-9.
- Simmons, M., Daw, P. (2003). *A Practical workbook – Stress, Anxiety, Depression*. UK: Speechmark Publishing Ltd.
- Simposium Terapêutico (2004). StWin para Windows. Lisboa: Edições Simposium Lda.
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). Cognitive-Behaviour Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 343–366.
- Sybert, M. A. J. (n.d.). *Stress Management*. Retirado em 23 de Abril de 2005 de : [www.usm.edu/armyrotc/ms1/Class%2010%20\(stress%20management\).ppt](http://www.usm.edu/armyrotc/ms1/Class%2010%20(stress%20management).ppt)
- Strodl, E. & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. In *Personal Relationship*, 10, 171-185.
- Schacter, D. L. (1998). "Memory and Awareness." *Science* 280: 59-60.
- Silva, A. & Cavalheiro, E. (2004). Epilepsia: uma janela para o cérebro. *MultiCiência*, 3, 1-11.
- Silva, T., Marques, C., Alonso, N., Azevedo, A., Westphal-Guitti, A., Caboclo, L., Sakamoto, A. & Yacubian, E. (2006). Tradução e Adaptação Cultural do Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31). *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12 (2), 107-110.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: Elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64.

- Simões, M., Santos, M., Albuquerque, C., Pereira, M., Almeida, L., Ferreira, C., Lopes, A., Gomes, A., Xavier, R., Rodrigues, F., Lança, C., Barros, J., San Juan, L. & Oliveira, E. (1999). Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – terceira edição (WISC-III). In L. S. Almeida, M. Gonçalves & M. R. Simões (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Sistemas humanos e organizacionais.
- Simões, M. (2002). Utilizações da WISC-III na Avaliação Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes. *Revista Paidéia*, 12 (23), 1-18.
- Simões, M. R., A. F. Lopes, *et al.* (2003). Testes Neuropsicológicos de avaliação da memória em crianças e adolescentes (I). *Psicologica*, 34, 245-255.
- Souza, L. C. & Mendes, M. F. (2004). Príncipe Liev Nikoláievitch Míchkin (“O Idiota”, Fiódor Dostoevsky) e a Síndrome de Personalidade Interictal na Epilepsia do Lobo Temporal. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 62 (2), 558-564.
- Strehl, U., Kotchoubey, B., Trevorrow, T. & Birbaumer, N. (2005). Predictors of seizure reduction after self-regulation of slow cortical potentials as a treatment of drug-resistant epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6, 156-166.
- Swinkels, W, Kuyk, J., Van Dyck, R. & Spinhoven, Ph. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 37-50.
- Takayanagui, O. M. (2006). Idiopathic intracranial hypertension. *NeuroAtual*, 2 (3), 1-5.
- Tisser, L., Azambuja, L., Espírito Santo, J., Filho, H. & Portuguese, M. (2005). Mudanças Comportamentais após cirurgia em um caso de epilepsia refractária do lobo frontal. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11 (1), 31-35.
- Thase, M. E & Jindal, R. D. (2004). Combining Psychotherapy and Psychopharmacology. In Lambert, M. J., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 743-766). 5ªEd. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Torres, A. R. (2001). Diagnóstico Diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 21-25.
- Torres, A. R. & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 21-30.
- Torre, J. C. S. d. I. and M.Pérez-Ríoz (2000). "Evaluación Neuropsicológica de un caso de esclerosis múltiple." *Revista de Neurologia* 30(13): 1161-1165.
- Trevisol-Bittencourt, P. & Troiano, A. (2000). Síndrome de Personalidade Interictal na Epilepsia do Lobo Temporal Não-Dominante. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 58 (2), 548-555.
- Ure, J. A. (2004). Deterioro cognitivo em pacientes epilépticos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 2, 1-14.
- Valente, K. & Valério, R. (2004). Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 41-46.
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crónica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 47-54.
- Vaz Serra, A. (1995). Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – IACLIDE. In L., Almeida, M., Simões & M., Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 181-191). Braga: Apport.
- Veiga, M., Rosario-Campos, M., Quarantini, L. & Mercadante, M. (2004). Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Tiques em Pacientes com Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 47-52.
- Vieitas, P. (1999). Perturbação de pânico e asma: o caso de RJ. *Saúde Mental*, 1 (3), 1-12
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurologia*, 32(10), 980-986.
- Victoria, D., Bazaldúa, B., Granados, T. & Idrovo, J. (2005). Personalidad y rendimiento intelectual en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (ELT), delincuentes y no-delincuentes. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 6 (4), 297-304.
- Villaverde-González, R., E. Fernández-Villalba, et al. (2003). "Síndrome del acento extranjero como primera manifestación de esclerosis múltiple." *Revista de Neurologia* 36(11): 1035-1039.
- Vries-Knoppert, W. A. (1986). Primary empty sella, syndrome and benign intracranial hypertension. *Documenta Ophthalmologica*, 61, 319-325.
- Weiner, I. B. (2003). *Handbook of Psychology - Research Methods in Psychology*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Wong, A., V. C. T. Mok, et al. (2004). "The executive clock drawing task (CLOX) is a poor screening test for executive dysfunction in Chinese elderly patients with subcortical ischemic vascular disease." *Journal of Clinical Neuroscience* 11(5): 493-497.
- Wardle, J. (1994b). Disorders of eating and weight – Treatment. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds.), *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (pp.534-). New York: Routledge.
- Wells, A. (1997). Panic Disorder. In *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders – A Practice Manual and Conceptual Guide*. (pp. 98-132). Chichester: John Wiley & Sons, Inc.

- Wells, A. (1998). Cognitive Therapy of Social Phobia. In A. Tarrrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (Eds.), *Treating Complex Cases – The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. (pp. 1-24) England: Wiley.
- Wells, A. (2003). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. London: Wiley.
- White, C. A. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems – A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. England: Wiley.
- White, J. (2000). *Treating Anxiety and Stress – a group psycho-educational, approach using brief CBT*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Wielenska, R. C. (2001). Terapia Comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23 (2), 62-64.
- Williamson, D. A., Barker, S. E. & Norris, L. E. (1994). Etiology and management of eating disorders. In P. B. Stuker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (pp. 505-528). New York: Plenum Press.
- Williamson, D. A., Martin, C. K. & Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1073-1088.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological Treatment of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
- Wilson, G. T. & Pike, K. M. (2001). Eating Disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychopathology Disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 332- 373). New York: The Guilford Press.
- White, J. (2000). *Treating Anxiety and Stress – a group psycho-educational, approach using brief CBT*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Yacubian, E. M. (2002). Proposta de classificação das crises e síndromes epilépticas. Correlação Videoelectroencefalográfica. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 49-65.
- Yamamoto, S., Mogi, N., Umegaki, H., Suzuki, Y., Ando, F., Shimokata, H., et al. (2004). The Clock Drawing Test as a Valid Screening Method for Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18(2), 172-179.
- Zambrana, J. T., Zambrana, F. F., Neto, F. R., Gonçalves, A. L., Zambrana, F. T. & Ushirobira, J. (2005). Agranulocitose e tonsilite associadas ao uso de metimazol. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71 (3), 374-377.