

Relatório de Estágio

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Helena Alexandra de Sousa Barbosa

Gandra, janeiro de 2019

Supervisão: Professora Doutora M^a Emília Areias

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em:

Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Helena Alexandra de Sousa Barbosa

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Helena Alexandra de Sousa Barbosa estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Emília Areias, pela partilha de sabedoria, empatia e receptividade constante.

Às orientadoras, pela partilha de conhecimentos.

Aos meus pais, por me proporcionarem a oportunidade de seguir sempre os meus sonhos e acreditarem em mim.

Ao meu namorado, pela compreensão, pela paciência e pelo suporte em todas as ocasiões.

À minha madrinha pela preocupação e presença constante.

E à Diana, pela ajuda e por ser sempre o meu ponto de equilíbrio.

Muito obrigada a todos!!

Índice de Abreviaturas**A**

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

BBADS- *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome***D**

D2- Teste de Atenção

E

E- Total de Eficácia

E%- Percentagem de Erros

F

FCR- Figura Complexa de Andres Rey

I

IFS- Ineco Frontal Screening Test

IV- Índice de Variabilidade

L

LEA- Lesão Encefálica Adquirida

LM- Lesão Medular

M

MOCA- Montreal Cognitive Assessment

P

Pc- Percentil

R

RG-ODN- Reabilitação Geral e de Outras Doenças Neurológicas

T

TA- Total de Acertos

TC- Total de Carateres Processados

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

TDR- Teste do Desenho do Relógio

TeLPI- Teste de Leitura de Palavras Irregulares

TMT- Trail Making Test

W

WMS-III- Escala de Memória de Weschler

Índice

Introdução	1
Capítulo I- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	2
1.1) A instituição	2
i) Internamento	3
ii) Ambulatório	4
Capítulo II- O PAPEL DOS PSICÓLOGOS E CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NA INSTITUIÇÃO	5
2.1- Funcionamento do Serviço de Psicologia	6
Capítulo III- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO	7
3.1- Atividades em contacto direto com os doentes	7
i) Avaliação Neuropsicológica	7
ii) Aprofundamento da Avaliação	8
iii) Intervenção	8
iv) Intervenção Neuropsicológica	9
v) Intervenção Psicoemocional/ Consulta Psicológica	10
vi) Reavaliação no final da intervenção	11
3.2- Outras atividades	11
i) Intervenção em crise	11
ii) Intervenção com famílias	11
iii) Registo das Consultas	12
iv) Reuniões de Supervisão e Orientação	12
v) Atualização diária das listas de doentes	13
vi) Curso de Reabilitação- Traumatismo Cranioencefálico	13
vii) Apresentação do caso clínico para os alunos de 3º ano de licenciatura	13
Capítulo IV- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	14
4.1- Introdução	14
4.2- Identificação de S	14
4.3- Motivo de Internamento	15
4.4- Genograma	15
4.5- História de vida	15
4.6- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	17
4.7- Intervenção	20

i) Intervenção através de Estimulação Cognitiva.....	20
ii) Intervenção Psicoemocional.....	24
4.8- Reavaliação	25
4.9- Reflexão/Conclusão sobre o Caso Clínico	25
Capítulo V- REFLEXÃO E CONCLUSÃO.....	27
Referências Bibliográficas	29

Introdução

Este relatório apresenta a experiência da estagiária no Centro Hospitalar, no âmbito do estágio integrado no plano curricular do 2º ano do mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O referido estágio teve uma componente presencial de 420 horas, cumpridas ao longo de aproximadamente cinco meses, com um horário de oito horas por dia, distribuídas por três dias na semana.

A primeira parte do relatório apresenta uma descrição da instituição e serviço de acolhimento, e do seu funcionamento, caracteriza o papel dos psicólogos na instituição, explanando em particular o papel da estagiária e as atividades desenvolvidas, desde a avaliação neuropsicológica inicial, o aprofundamento da avaliação, as intervenções e as reavaliações, tal como as reuniões de orientação e supervisão do estágio, *workshops*, e outras atividades, sempre com a respetiva fundamentação conceptual.

Na segunda parte do documento, será apresentado um caso clínico, escolhido entre todos por ser mais demonstrativo do trabalho desenvolvido no estágio, em que foram postas em prática as aprendizagens feitas pela estagiária ao longo do seu percurso académico.

O relatório encerra-se com uma reflexão sobre as experiências e aprendizagens ao longo deste período, referindo as dificuldades e obstáculos sentidos.

Capítulo I- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1) A instituição

Unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde que existe desde 2014, tem como objetivo dar resposta às necessidades de saúde em Medicina Física e Reabilitação.

Nesse âmbito, realiza o diagnóstico e o tratamento de doentes em que a lesão teve um impacto funcional e vital grave.

Os serviços clínicos oferecidos pela instituição são realizados por equipas multidisciplinares de excelência que têm como objetivo prioritário a reintegração dos doentes, potenciando a sua funcionalidade e autonomia, promovendo o ajustamento à sua nova condição e prestando ajuda aos familiares.

Os doentes chegam à instituição referenciados por outros serviços de saúde, em que o doente esteve anteriormente, como hospitais ou centros de saúde.

Após a sua chegada, é realizada uma consulta de avaliação, para perceber a necessidade de internamento do doente. Seguidamente, propõe-se então o internamento e realiza-se a admissão do doente através de uma consulta onde participam um médico, um psicólogo, um enfermeiro, um nutricionista e um assistente social.

Sendo o doente admitido em regime de internamento, é-lhe proposto um programa específico de reabilitação intensiva, individualizada e abrangente, com vista à potenciação da sua melhoria.

A maioria dos doentes recebidos apresentam lesão encefálica adquirida (LEA), quer provocada por causas externas, como nos traumatismos crânio-encefálico (TCE) quer internas, como nos acidentes vasculares cerebrais, tumores ou infeções.

As lesões provocam alterações relevantes na vida das pessoas, a nível pessoal, familiar, social e profissional/ ocupacional o que justifica a emergência do processo de reabilitação (Santos, Sousa & Castro-Caldas,2003).

i) Internamento

A instituição disponibiliza um total de 103 camas, divididas por 5 unidades funcionais, com a seguinte distribuição:

- Unidade de Reabilitação da Lesão Medular: 26 camas;
- Unidade de Reabilitação de Acidente Vascular Cerebral: 26 camas;
- Unidade de Reabilitação Pediátrica: 12 camas;
- Unidade de Reabilitação Geral e de Outras Doenças Neurológicas (RG-ODN): 24 camas;
- Unidade de Reabilitação do Traumatismo Cranioencefálico: 15 camas.

Semanalmente, os diferentes membros da equipa clínica realizam uma visita percorrendo os quartos dos doentes, com o objetivo de os observar e ouvir.

Seguidamente, é feita uma reunião onde se discutem os casos. Terapeutas, médicos e psicólogos devem participar nesta reunião para traçar objetivos terapêuticos. Neste sentido, procura-se saber através dos membros multidisciplinares da equipa, o estado dos doentes de cada patologia, com enfoque na discussão e propostas para tratamentos de casos específicos.

As visitas médicas são distribuídas pelos dias da semana da seguinte forma:

- Segunda-feira: RG-ODN;
- Terça-feira: TCE e Pediatria;
- Quarta-feira: AVC;
- Quinta-feira: LM.

A duração do internamento varia consoante os casos, mas tem um limite máximo de 54 dias seguidos, podendo muitas vezes os doentes ser reinternados no serviço caso seja necessário e oportuno um período maior de tempo para reabilitação.

As equipas são constituídas por médicos internistas, pediatras, fisiatras e psiquiatras, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e

animadores socioculturais. Para além destas valências, a instituição ainda dispõe de um serviço de desporto adaptado às necessidades dos doentes.

ii) **Ambulatório**

Se os doentes na data da alta médica de internamento ainda não terminaram o programa de reabilitação que foi inicialmente proposto, é-lhes dada a oportunidade de continuar a beneficiar da intervenção em regime de consulta externa, de forma a poderem atingir o seu potencial máximo de reabilitação.

Capítulo II- O PAPEL DOS PSICÓLOGOS E CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NA INSITUIÇÃO

A reabilitação neuropsicológica tem crescido notoriamente nas últimas décadas (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009), pela sua importância na recuperação/otimização dos doentes com lesão cerebral adquirida.

A forma terapêutica conhecida como “*Therapeutic milieu*”, é posta em prática, defendendo que para a recuperação ideal de um indivíduo após LEA é necessário estabelecer um ambiente em que a pessoa lesionada se sinta segura (Ben-Yishay & Diller, 2010).

É neste ambiente que o doente começa a ser capaz de utilizar as suas capacidades intactas e a aprender a ter atitudes compensatórias dos défices, para um ajustamento funcional às perdas. Este processo de ajustamento facilitará a aceitação das alterações e limitações na vida provenientes da lesão, e também ajudará o doente a encontrar um novo significado para a sua vida após a reabilitação (Ben-Yishay & Diller, 2010).

Fazemos da reabilitação um processo interativo, que necessita do envolvimento dos terapeutas/profissionais de saúde, a pessoa com a lesão e a família, estendendo-se até ao apoio social como base para o apoiar e reforçar (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009), preocupando-nos em permitir que as pessoas com défices cognitivos, emocionais ou comportamentais alcancem seu potencial máximo em todos os domínios: psicológico, social e lazer, vocacional e de vida diário (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009).

As áreas de funcionamento cognitivo, emoção, interação social, comportamento e aprendizagem são de extrema importância para a abordagem psicológica (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009).

Não menos importante, a reabilitação psicológica pretende educar os familiares dos indivíduos lesionados e aconselhá-los a como lidar com eles na vida diária (Ben-Yishay & Diller, 2010) tal como dar apoio para a nova etapa nas suas vidas.

Pode assim antever-se como é crucial a presença do psicólogo na reabilitação. Não só para a intervenção neuropsicológica específica, com foco nos défices cognitivos, mas também para a adesão aos tratamentos, para facilitar a adaptação a uma nova condição, para facilitar a vivência do processo de luto pela perda, para a aceitação da realidade e para o apoio a familiares e outros significantes.

Podemos dizer que o papel do psicólogo se pode distinguir em duas “vertentes”, a vertente clínica, mais direcionada aos aspetos psicológicos e a vertente da reabilitação neuropsicológica específica.

A primeira, centra-se na sua aptidão para prestar apoio psicológico: potenciando o ajustamento do doente e da família/cuidadores à situação vivenciada (expectativas sobre a doença e recuperação); fornecendo informações ao doente, família/cuidadores e à equipa de reabilitação sobre o impacto e repercussões psicológicas consequentes à doença; e educando o cuidador, para adquirir e desenvolver conhecimentos/competências que lhe permitam lidar com o doente.

Enquanto a segunda, preocupa-se em reabilitar no âmbito dos défices neuropsicológicos, cognitivos e funcionais, recorrendo a técnicas específicas de avaliação neuropsicológica e de estimulação cognitiva que têm como objetivo a minimização de défices de uma lesão neurológica, nas AVD's do doente.

2.1- Funcionamento do Serviço de Psicologia

O serviço de psicologia dispõe de duas profissionais, tem 3 gabinetes para atendimento individual a adultos e 1 gabinete para atendimento de crianças com materiais próprios para o efeito. Para além disso, dispõe de uma sala de estimulação e treino cognitivo.

O serviço funciona todos os dias úteis, das 8h30 até as 16h30.

Capítulo III- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO

3.1- Atividades em contacto direto com os doentes

i) Avaliação Neuropsicológica

Este é o primeiro momento do serviço de Psicologia em contacto com o doente.

É dada prioridade no atendimento aos doentes com lesão encefálica adquirida, para uma rápida ação no sentido da recuperação ou melhoria de défices cognitivos que possam existir.

A avaliação neuropsicológica dos doentes com LEA, é realizada de forma estruturada, por um rastreio previamente estabelecido, que normalmente é administrado na primeira sessão.

Este poderá ou não continuar a ser acompanhado, dependendo dos resultados do rastreio psicoemocional e cognitivo inicial, tendo em conta se aqui lhe são diagnosticados défices ou não.

Os instrumentos deste rastreio incluem:

O TeLPI (Teste de leitura de palavras irregulares), para uma rápida avaliação do QI pré-mórbido do doente; o MoCA, que avalia de uma forma geral a existência de défices cognitivos (memória, atenção, capacidades visuoespaciais, linguagem e funcionamento executivo); e o IFS, para avaliação de défices do funcionamento executivo.

Também é feita uma entrevista psicológica com vista a detetar a presença de sintomas psicológicos.

Nos casos em que os doentes têm limitações que não os permitam realizar este rastreio (especialmente em doentes afásicos), é administrado o Teste do Desenho do Relógio (TDR), que é de muito simples aplicação e avalia de forma muito rápida o comprometimento cognitivo dos doentes. Este teste implica a utilização dos dois hemisférios visuais, o que desde logo pode demonstrar a existência de heminegligência. Exige ainda perceber se as capacidades compreensivas do doente estão funcionais. O funcionamento executivo é também colocado em prática com a capacidade de planeamento para desenhar respeitando as instruções dadas, tal como a memória, que tem de ser utilizada para lembrar da figura de um relógio.

ii) Aprofundamento da Avaliação

Este é um processo individualizado, que depende dos resultados do rastreio inicial. Existe um leque alargado de instrumentos disponíveis, sendo dada preferência aos instrumentos de mais rápida aplicação, mas ao mesmo tempo mais fiáveis, com o objetivo de maximizar a intervenção e o tempo que destas decorre.

Por norma, os défices que podem ser encontrados no rastreio inicial são aprofundados com os seguintes instrumentos:

Atenção, aprofundada com o D2, teste simples, mas visto a ser composto por caracteres pequenos, caso haja dificuldades de visão, é utilizado o TMT, em que a forma A do teste avalia, da mesma forma, as capacidades atencionais. Este constitui também um teste de rápida e simples administração;

Memória, aprofundada através da WMS-III, teste extenso e demorado, mas com alta fidelidade;

Funcionamento Executivo, aprofundado através da BADS, bateria de testes que implicam diversos domínios executivos e de fácil aplicação;

Capacidades visuoespaciais, aprofundadas através da FCR, teste rápido e de fácil aplicação, e que na parte de cópia, permite também a avaliação generalizada da memória.

Através deste aprofundamento, é possível perceber o impacto da lesão no domínio cognitivo e se este é significativo ou não, para avançar para a intervenção.

iii) Intervenção

A intervenção baseia-se geralmente nos resultados do rastreio neurocognitivo e posterior aprofundamento. É óbvio que em paralelo com a intervenção cognitiva através desses resultados avaliativos, é sempre realizada uma intervenção psicoemocional, para motivação nos tratamentos, para exploração de projeto de vida após lesão e para reflexão de diversas temáticas relacionadas com as características individuais de cada doente.

Tendo em conta os resultados do rastreio inicial é decidido se existe pertinência de intervenção e de que tipo.

Caso sejam detetadas alterações psicoemocionais significativas, o doente beneficiará de acompanhamento psicoemocional individualizado.

Quando existem défices cognitivos significativos o doente é proposto a um programa de estimulação cognitiva.

No caso de existirem alterações nestes dois domínios, a intervenção é realizada neles em paralelo.

De qualquer forma, a parte emocional (mesmo quando o doente é apenas inserido no programa de estimulação cognitiva) é sempre tida em conta e realizada em paralelo durante as sessões. Isto é, quase sempre as duas intervenções são realizadas, pois como é sabido a parte emocional influencia todos os outros processos.

iv) Intervenção Neuropsicológica

Para a realização da intervenção através de um programa de estimulação cognitiva, são utilizados dois programas de estimulação cognitiva computadorizados que o serviço de Psicologia dispõe, o *CogniPlus* e o *Rehacom*.

O *CogniPlus* é um sistema de treino das funções cognitivas. Cada programa é selecionado de forma individualizada para se encontrar adaptado às características e défices de cada doente, de forma a maximizar o seu potencial de reabilitação.

Os programas têm como base evidências empíricas.

Desta forma, este *software* permite treino em: atenção, funções executivas, memória, capacidades visuoespaciais, *neglet* visual e processamento espacial. Os exercícios que compõem o programa tentam representar situações reais do quotidiano, para ser mais fácil e motivador. O *software* identifica de forma fiável o nível de desempenho do doente, adaptando-se ao mesmo e possibilitando a sua recuperação.

Já o *Rehacom* é também um programa de reabilitação que oferece soluções individuais para o treino das funções cognitivas em diferentes domínios: atenção, concentração e vigilância, memória, raciocínio lógico, coordenação visuomotora, capacidades visuoespaciais, resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias.

Também tem a capacidade de se ajustar às necessidades dos doentes consoante o seu desempenho.

Quando as limitações dos doentes (ex: físicas ou de compreensão) não permitem que seja posto em prática o treino computadorizado, este passa a ser realizado através de tarefas de papel e lápis.

Estas sessões têm por norma uma duração entre 40 a 50 minutos, tendo em conta que é sempre dedicado algum tempo da sessão para observar o estado emocional em que o doente se encontra. A dificuldade das sessões vai variando tendo em conta o desempenho do doente.

v) Intervenção Psicoemocional/ Consulta Psicológica

Tendo em conta uma visão holística do doente, é necessário dirigir a atenção também para os aspetos psicoemocionais.

O principal objetivo desta vertente da intervenção, de uma forma geral, é promover a motivação para adesão ao tratamento, promover a adaptação psicoemocional à doença e facilitar a integração do doente no programa e à sua nova condição.

Tal como a intervenção neuropsicológica, esta é adaptada e individualizada, dependendo das características pessoais e dos défices do doente.

Também o luto pela perda de funções é uma realidade vivenciada pela maioria destes doentes, e cabe ao psicólogo a função de facilitar o reajustamento à nova condição, tal como à reformulação de um novo projeto de vida, tendo em conta as limitações causadas pela doença.

As técnicas utilizadas divergem desde relaxamentos, reestruturação cognitiva, promoção da adesão ao tratamento, facilitar a capacidade de obter estratégias de *coping*, intervenção em situações de crise, contenção emocional e comportamental, facilitar o ajustamento de expectativas, preparação para a alta, entre outros.

Ao longo deste percurso, a estagiária percebeu a igual importância desta vertente comparativamente com a vertente neuropsicológica. Para ser possível proporcionar as ferramentas necessárias para que os doentes obtenham qualidade de vida pós-lesão, a parte emocional é indispensável.

vi) Reavaliação no final da intervenção

No final da intervenção com foco nas capacidades cognitivas, é pertinente que seja realizada uma reavaliação dos domínios, quando existe tempo útil para a realização da mesma, uma vez que os internamentos muitas vezes findam e não é possível o término deste processo.

Desta forma, são novamente realizados os testes inicialmente administrados e verificam-se as diferenças entre a primeira avaliação e reavaliação após a intervenção.

3.2- Outras atividades**i) Intervenção em crise**

As psicólogas, tal como a estagiária, são chamadas a intervir em casos de crise, em que procuram promover a motivação do doente para aderir aos tratamentos propostos, ou até mesmo para fornecer suporte e contenção emocional.

Esta realidade torna-se dura para quem está a vivenciar este processo, pelas perdas ocorridas, pelas metas que se pretendem atingir e até porque estar longe de casa coloca a maioria dos doentes numa posição de fragilidade.

Procura-se nestas situações momentâneas auxiliar os doentes a chegarem a um ponto de equilíbrio emocional.

ii) Intervenção com famílias

A estagiária participou na valência desenvolvida pelo serviço de Psicologia de dar apoio às famílias dos doentes.

Os doentes tratados apresentam situações graves de perda de funções e capacidades, na sequência da lesão, em que os próprios viram destruir-se o seu projeto de vida, os cônjuges “perderam” os seus companheiros, pais que sentiram essa perda em relação aos filhos, etc. Porque apesar de os terem em

corpo, muitas vezes as alterações provenientes de uma lesão são irreversíveis e é necessária uma adaptação à pessoa pós-lesão e às suas novas características.

Neste sentido, a orientação das famílias para redirecionar objetivos e tornar as expectativas correspondentes à realidade é uma componente extremamente relevante da intervenção integral que é realizada.

iii) Registo das Consultas

Após a realização de cada consulta, é necessário escrever um resumo claro e conciso daquilo que aconteceu, contemplando o humor, a amplitude emocional, o discurso, a colaboração e os resultados obtidos, colocando-o na base de dados para que todos os elementos da equipa médica tenham acesso à evolução do doente nos diferentes domínios.

iv) Reuniões de Supervisão e Orientação

O estágio foi seguido em reuniões semanais de supervisão (Supervisora Professora Maria Emília Areias) que se realizaram à segunda-feira, em que a estagiária, juntamente com outros colegas, apresentaram casos clínicos, discutindo planos de avaliação e de intervenção mais adequados aos doentes, podendo aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes, aumentando os ganhos para o doente.

Desta forma foi também possível aprender através do conhecimento dos outros colegas nos seus respetivos locais de estágio e enriquecer a própria aprendizagem da estagiária.

A orientação no local de estágio foi realizada pelas duas psicólogas da instituição, e decorreu ao longo de todo o período de estágio.

v) Atualização diária das listas de doentes

Todos os dias acontecem a um ritmo acelerado, entrando e saindo sempre novos doentes.

Desta forma, para um controlo por parte do serviço de Psicologia desta saída e entrada, foi realizada uma lista onde constam todos os doentes internados. Nessa lista está descrito: o nome do doente, respetivo código, patologia, médico responsável, psicólogo responsável e o que já foi realizado por psicologia tal como os objetivos para com cada doente após a avaliação inicial.

Sendo assim, diariamente é verificado se existem novos doentes na plataforma para passar para a lista e retirar aqueles que já tiveram alta.

vi) Curso de Reabilitação- Traumatismo Cranioencefálico

Foi realizado, dia 11 de Novembro de 2017, o 1º Curso de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico, que decorreu e foi organizado pela instituição onde decorreu o estágio.

vii) Apresentação do caso clínico para os alunos de 3º ano de licenciatura

No âmbito das reuniões de supervisão, foi proposto aos estagiários lecionarem uma aula para os alunos de 3º ano de licenciatura em Psicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Nesta aula foi apresentado por cada um, um caso clínico abordado ao longo do período de estágio, o mesmo que está descrito no final deste relatório. Para além disso, encontra-se anexada a este documento a apresentação feita, em formato de *powerpoint*.

Capítulo IV- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

4.1- Introdução

Durante o estágio foram atendidos 71 doentes em regime de internamento e 6 em regime de consulta externa. Muitos deles apenas para avaliação, no caso de não ser pertinente continuação para acompanhamento, por ausência de défices cognitivos e sintomas psicoemocionais.

Muitos outros com pertinência de acompanhamento e com quem foram postos em prática planos de intervenção específicos e individualizados.

Os doentes atendidos apresentavam patologias diversas, desde TCE's, AVC's, esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré, lesões medulares, entre outras.

Neste capítulo, será essencialmente apresentado de forma descritiva e pormenorizada um caso clínico, a título de exemplo prático do trabalho feito ao longo do estágio curricular com os doentes.

Foi escolhido este caso pelo que representou na experiência da estagiária: a nível profissional, foi um desafio, pela complexidade do caso, considerando um caso completo, em que foi possível colocar em prática as duas vertentes do papel que o psicólogo desempenha, pelas sequelas cognitivas resultantes do TCE, e também pelas características próprias de personalidade da doente; a nível pessoal, também um desafio, pela idade da doente ser próxima à da estagiária e por muitas vezes se colocar na posição da doente e facilmente se identificar com ela. Contudo, foi um caso de sucesso.

Em anexo encontra-se também disponível uma tabela em que, a título de exemplo, faz uma referência resumida ao que foi feito com outros doentes, ilustrando algumas das diferentes patologias que a instituição recebe, tal como os resultados da avaliação neuropsicológica de cada um deles, a intervenção realizada e a evolução destes após intervenção.

Caso Clínico- S.

4.2- Identificação de S

S é do sexo feminino e tem vinte e quatro anos de idade.

De nacionalidade portuguesa, natural de São João da Madeira.

Nasceu de parto eutócico e tudo correu dentro da normalidade durante o seu desenvolvimento.

Encontra-se solteira e estava ao momento da lesão a estudar, num curso profissional de *design*, para obtenção do grau de ensino secundário.

Chegou dia 20 de Setembro de 2017 e teve alta dia 28 de Fevereiro de 2018.

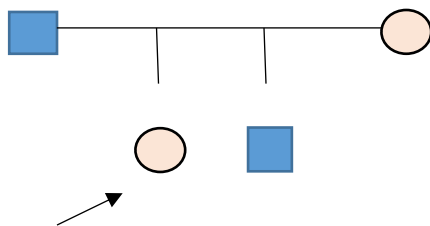
O seu acompanhamento pelo serviço de Psicologia teve início a 15 de Novembro de 2017 e término a 28 de Março de 2018, com um total de 12 sessões.

4.3- Motivo de Internamento

S foi encaminhada pelo hospital da sua área de residência para esta instituição para a reabilitação de sequelas de politraumatismo, adquiridas na sequência de acidente em veículo de quatro rodas, do qual resultou um Traumatismo Cranioencefálico grave no dia 4 de Julho de 2017.

À admissão, a doente apresentava-se vígil, cumprindo ordens simples mas sem verbalização, totalmente dependente nas suas AVD's e autocuidados.

4.4- Genograma



Legenda

→ Paciente
Identificado

4.5- História de vida

S nasceu de parto eutócico e refere todo o seu desenvolvimento como dentro da norma.

S tem um irmão, com 12 anos, tendo vivido toda a sua infância e adolescência com a sua família nuclear- o irmão e os pais.

Quanto aos seus progenitores, a mãe de S. é doméstica e o pai empregado fabril.

Ao longo do acompanhamento, S. realça sempre a presença do pai e apoio deste no seu percurso de vida. O ambiente familiar no geral é descrito como sereno e adaptativo.

O nascimento do irmão, acontece quando tinha 12 anos, e refere ter sido um acontecimento feliz na vida familiar.

Segundo os progenitores, sempre foi uma jovem autónoma, independente, decidida e também “teimosa” (sic), característica com uma conotação algo negativa, por ter pouca capacidade para aceitar a opinião dos outros, segundo a mãe.

Apesar disso, conta que mantinha uma vida social a decorrer dentro da normalidade, apontando ter algumas amigas mais próximas, apesar de ao momento do internamento essa proximidade não se verificar. Mantinha pouco contacto com elas, e nunca a foram visitar enquanto internada.

Relativamente aos estudos, foi sempre uma aluna mediana, apesar de dizer que nunca gostou de estudar.

Pela sua falta de vontade para estudar, após a conclusão do terceiro ciclo, optou por iniciar a sua vida no mercado de trabalho, como empregada fabril. Após cerca de um ano de trabalho, decidiu regressar à escola, para obtenção do ensino secundário, num curso técnico de *design*, o qual estaria a frequentar ao momento do acidente e pretende retomar no próximo ano letivo.

S tem também uma relação amorosa há cerca de 3 anos, da qual fala recorrentemente, tendo sido pedida em casamento recentemente. Descreve o namorado como “muito amigo e presente” (sic), sendo que a visitara quase diariamente enquanto internada.

Tudo decorria dentro da normalidade, até a ocorrência do acidente, que a colocou numa posição de total dependência nas atividades de vida diárias e autocuidados.

Foi transferida do seu hospital de referência para integrar o programa de reabilitação, com vista à otimização do seu potencial e minimização dos défices adquiridos, que seriam tanto físicos como cognitivos, com as seguintes valências terapêuticas: psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia e hidroterapia.

Após alta do internamento, continuou a ser acompanhada por Psicologia na instituição para terminar o processo de reabilitação iniciado, através de consultas externas.

Regressou ao seu meio natural, com uma boa adaptação e recuperação de alguma autonomia, tendo continuado posteriormente o processo de reabilitação numa clínica de fisioterapia na sua área de residência, com vista a obter aquele que diz ser o seu principal objetivo: a recuperação da marcha.

4.6- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Esta avaliação ocorreu ao longo de um período de três consultas, entre 15 de Novembro de 2017 e 9 de Janeiro de 2018.

Cada uma destas consultas teve a duração de cerca de uma hora.

1ª Consulta- 15 de Novembro de 2017

S foi chamada à consulta para rastreio cognitivo e emocional inicial.

Apresentou-se com um notável embotamento emocional.

Adotava um discurso coerente e adequado, embora com alguma impulsividade e dificuldades de expressão (traqueostomizada).

Mostrava-se orientada no espaço, mas parcialmente desorientada no tempo (não sabia o dia do mês).

Contou viver com os pais e o irmão de 11 anos, em Arouca e referia não ter uma boa relação com este, dizendo “ele só me chateia a cabeça” (sic).

Quando questionada acerca das suas expectativas futuras afirmou não querer nem gostar de fazer nada.

As suas principais queixas centravam-se na falta de mobilidade.

A nível cognitivo afirmou estar tudo bem, o que denotava falta de consciência dos seus défices. Para além disso, diz que apesar de dormir bem tem muito sono durante o dia.

Desta forma, foram-lhe administrados testes de rastreio neuropsicológicos após explicar a importância de perceber se existiam défices cognitivos.

Assim, obteve os seguintes resultados:

O TeLPI, cujos resultados estimam um QI pré-mórbido de 98, abaixo do esperado para a sua escolaridade.

O MoCA, cujos resultados (13/30) sugerem alterações ao nível das capacidades visuoespaciais, atenção e memória. Neste teste, foi tida em conta a média para “Qualquer idade”, visto ter idade inferior aos valores tabelados.

E o IFS, cujos resultados (11/30) sugerem alterações ao nível das funções executivas.

Desta forma, os domínios das capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas foram deixados para aprofundamento da avaliação inicial na sessão seguinte.

2ª consulta- 06 de Dezembro de 2017

Chamada à consulta para a continuidade da avaliação, a doente melhorou o seu humor, embora apresentasse uma reduzida amplitude emocional e baixa expressividade.

Mostrou-se colaborante nas tarefas solicitadas.

Mantinha um discurso coerente e mostrava-se, desta vez, orientada no tempo e no espaço.

Referiu estar satisfeita, pois era o dia do seu aniversário e foi-lhe permitida ida a casa.

Foram administrados, para aprofundamento da avaliação inicial os seguintes instrumentos:

A FCR (capacidades visuoespaciais e memória): na tarefa de cópia, apresentando um desempenho dentro do esperado (Pc60) com um tempo de desenho de 4 minutos e 17 segundos. Já na tarefa de memória, a doente teve um desempenho abaixo do esperado (Pc<10), com um tempo de 42 segundos, o que sugere alterações nas capacidades de memória visual.

O D2 (atenção): mostrou-se motivada para a conclusão da tarefa (TC- Pc75). Verificaram-se dificuldades ao nível da eficácia na realização da tarefa (TA- Pc1), no controlo da atenção, precisão e qualidade de desempenho (E% - Pc1), capacidade de concentração (IC - Pc1), estabilidade e consistência na realização (IV- Pc1) e na inibição de comportamentos desadequados e desempenho global da tarefa (TC-E- Pc20).

Ficou, assim, por administrar o teste de avaliação aprofundada do funcionamento executivo (BADS).

3ª Consulta- 09.01.2018

A doente foi chamada à consulta, para a conclusão da avaliação inicial.

Apresentava-se bem-disposta, mostrando uma grande evolução ao nível de amplitude emocional e da expressividade.

Colaborava nas tarefas pedidas.

Disse estar feliz e satisfeita com evolução positiva nas terapias.

A sua grande expectativa centrava-se na recuperação da marcha.

Reforçava o apoio que tem por parte dos pais, referindo-os várias vezes ao longo da sessão.

Foi aqui que contou ter uma relação há 3 anos, e que ele a viria visitar várias vezes.

Neste momento, já passara a mostrar objetivos para o seu futuro, referindo querer concluir o curso de *designer* que já teria iniciado antes do acidente.

Nesta sessão, foi então administrada, para aprofundamento das funções executivas:

A BADS, cujos resultados (13/24) demonstraram um desempenho inferior quando comparado com os valores de referência. Demonstrara maiores dificuldades na resolução de problemas práticos, na capacidade de planeamento e de conceção de estratégias de ação e na organização intencional de um comportamento.

Tendo em conta estes resultados, decidiu-se iniciar o treino de estimulação cognitiva. Este, com foco na atenção, memória e funcionamento executivo.

4.7- Intervenção

i) Intervenção através de Estimulação Cognitiva

Para a estimulação cognitiva, foi utilizado o software computadorizado- CogniPlus, o qual é um sistema de treino das funções cognitivas, eficiente, via multimédia, sendo *à priori*, motivador.

Dentro deste *software*, foram utilizadas as tarefas de atenção:

o SELECT- que se foca na atenção seletiva- a capacidade para reagir de forma rápida a um conjunto de estímulos relevantes, inibindo as respostas a estímulos irrelevantes,

o ALERT- direcionada para o estado de alerta- a capacidade para temporariamente aumentar e manter a intensidade da atenção.

Já para a memória foram utilizadas as seguintes:

o VISP- estimulando a memória de trabalho visuoespacial,

o CODING- focando-se na estimulação da memória de trabalho de codificação espacial.

As seguintes imagens ilustram cada uma destas tarefas:



Figura 1. Imagem ilustrativa da tarefa SELECT



Figura 2. Imagem ilustrativa da tarefa ALERT



Figura 3. Imagem ilustrativa da tarefa VISP

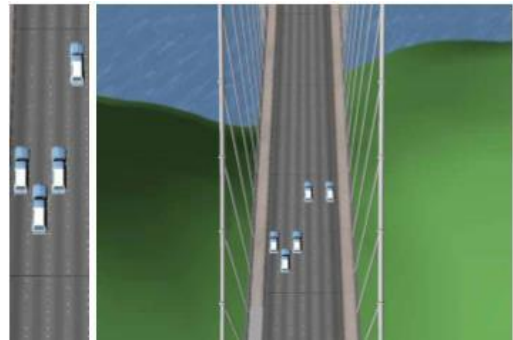


Figura 4. Imagem ilustrativa da tarefa CODING

A intervenção com foco nas capacidades em défice desta doente, foi realizada por um período total de 7 sessões. As três sessões iniciais tiveram foco essencialmente no desenvolvimento das capacidades atencionais, sendo esta a base para o desenvolvimento de todas as outras.

A partir da quarta sessão foram introduzidas tarefas direcionadas à memória, que consequentemente desenvolvem as capacidades do funcionamento executivo.

Desempenho na estimulação cognitiva

O desempenho de S. nas tarefas de estimulação cognitiva pode ser observado através dos seguintes gráficos:

No que diz respeito à atenção, a doente realizou a tarefa SELECT, que recruta a atenção seletiva. Podemos observar que, ao longo das sessões, a doente teve um desempenho flutuante.

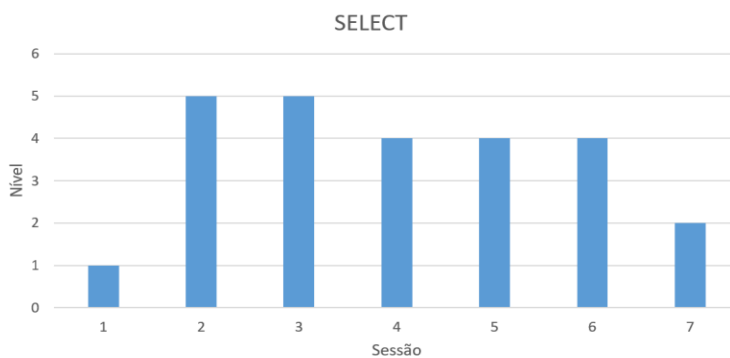


Figura 5. Desempenho de S. na tarefa de atenção seletiva

Também para o domínio da atenção, foi realizada a tarefa ALERT, recrutando o estado de alerta da doente tal como a sua velocidade de processamento em simultâneo. Nesta tarefa, já podemos visualizar no gráfico uma evolução positiva ao longo das sessões, tendo S evoluído até ao nível 14.

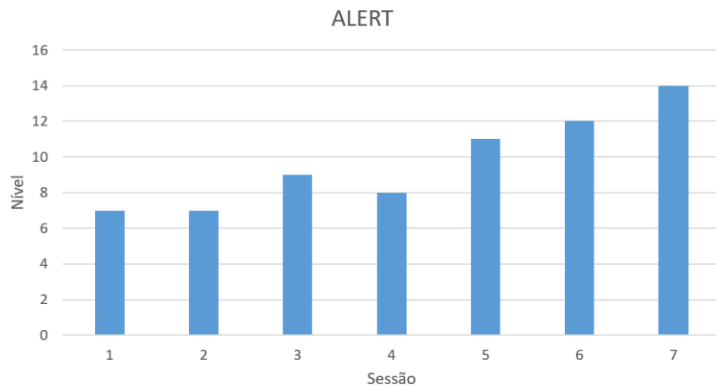


Figura 6. Desempenho de S. na tarefa do estado de alerta

Já a partir da quarta sessão, foi introduzida a tarefa de memória, recrutando a memória de trabalho visuoespacial em específico. Nesta tarefa S evoluiu positivamente chegando até ao nível 8.

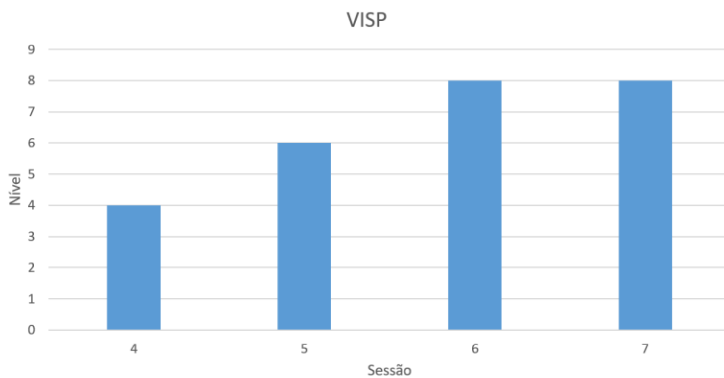


Figura 7. Desempenho de S. na tarefa do estado de memória de trabalho visuoespacial

Por último, foi igualmente introduzida na quarta sessão uma tarefa direcionada à memória e funcionamento executivo, em específico de codificação espacial. Da mesma forma, nesta tarefa, a doente evoluiu ao longo das sessões, até ao nível 7.

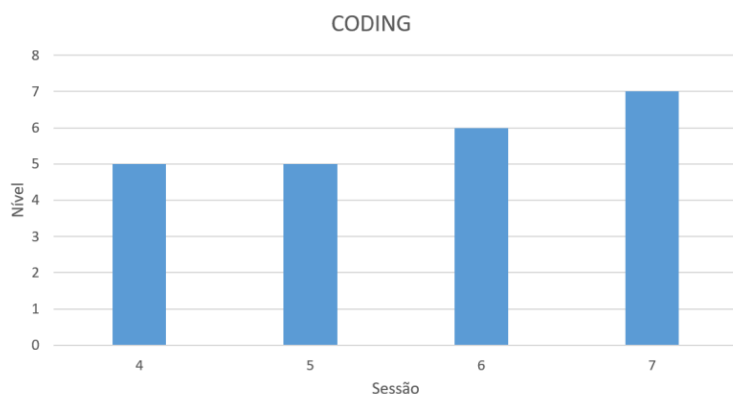


Figura 8. Desempenho de S. na tarefa de codificação espacial

ii) Intervenção Psicoemocional

A par da estimulação cognitiva, foi realizado um trabalho com foco nas atitudes e comportamentos, tal como a preparação para o momento da alta médica e regresso a meio natural.

Desde as sessões iniciais foram abordadas as questões relacionadas com a alta e perspetivas/ objetivos futuros.

Esta abordagem teve como fim auxiliar S. a visualizar o futuro e planos de vida pós-lesão.

Por outro lado, através da observação da doente em contexto de interação com outras pessoas (no quarto) e da relação mãe-filha, foi percebida uma agressividade comportamental notória e acentuada sempre que a doente era contrariada. Também por este motivo recebi um pedido direto de ajuda por parte da mãe, para auxiliar no controlo e melhoria destes comportamentos. Este pedido, foi feito através de uma reunião requerida pela própria, que aconteceu dia 21 de Fevereiro de 2018, em que se mostrou preocupada pela aproximação da data de alta, relatando estes comportamentos agressivos e pedindo orientação para lidar com os mesmos. Foram aqui fornecidas algumas estratégias e facilitada a reflexão sobre a importância de imposição de regras e limites por parte dos pais, para o desenvolvimento de um comportamento adaptativo da filha.

Desta forma, a partir daqui foram trabalhados estes aspetos em simultâneo com a estimulação cognitiva.

Na sessão seguinte, foi facilitada a reflexão sobre os seus comportamentos agressivos e importância do papel dos pais para a sua recuperação, o que a doente pareceu compreender e aceitar.

Após isso, foi proposta uma tarefa de escrita para realização em casa, em forma de diário, com o objetivo de realizar uma reflexão acerca dos seus comportamentos agressivos e o seu impacto destes sobre si mesma e as outras pessoas. A doente realizou a tarefa prontamente, e mostrava-se mais consciente do impacto das suas atitudes. Tendo em conta estas sessões e as reuniões com a mãe após cada sessão, mostrou uma evolução comportamental positiva.

A intervenção ao nível comportamental mostrou-se tão importante quanto a estimulação cognitiva, tendo as duas intervenções efeitos positivos diretos na vida diária da doente.

4.8- Reavaliação

Para aferir quais as mudanças no desempenho da doente após intervenção realizou-se a reavaliação dos domínios previamente detetados com alteração, nomeadamente com os seguintes instrumentos:

-FCR: em que na tarefa de cópia o seu desempenho a colocou no Pc75 e na tarefa de memória no Pc40. Verificaram-se melhorias ao nível da memória visual e capacidades visuoespaciais quando comparado com resultados de avaliação inicial: anteriormente no Pc60 e Pc<10, respetivamente;

-D2: em que os resultados demonstraram que a doente evoluiu em quase todos os domínios do teste, com exceção da motivação para conclusão da tarefa (TC inicial: Pc75; TC atual: Pc10). Em todos os outros domínios a doente teve um desempenho superior ao da avaliação inicial, em especial na precisão e qualidade de desempenho da tarefa (E% inicial: Pc1; E% atual: Pc20) e na estabilidade e consistência na realização da mesma (IV inicial: Pc1; IV atual Pc25);

-BADS: com uma pontuação total de 18/24, encontrando-se estes valores dentro do esperado, mostrando melhorias significativas ao nível das funções executivas quando comparados os resultados com os da avaliação inicial (13/24).

De um modo geral, através da reavaliação realizada, foram verificar-se melhorias significativas na memória, atenção e funções executivas.

Também ao nível comportamental, foi significativa a evolução descrita pela doente e pela sua mãe, tendo-se adaptado de forma positiva ao meio natural.

4.9- Reflexão/Conclusão sobre o Caso Clínico

Como podemos ver, o caso S foi um caso de sucesso no que toca à evolução cognitiva e comportamental, o que infelizmente nem sempre é possível, por limitações decorrentes da lesão ou de características do próprio doente.

Na abordagem dos casos, é dada especial atenção aos défices cognitivos detetados, mas através deste caso é possível perceber o quanto é também importante incidir sobre os problemas comportamentais dos doentes, caso existam, porque podem também provocar grandes dificuldades na vida diária destes e da sua família. Este processo por si só já se mostra de difícil adaptação e um processo moroso, o

que se acaba por complicar por vezes devido a características específicas e pessoais de cada doentes. Cabe aos profissionais desta área estarem atentos a estas características e tentar facilitar a perceção da realidade e ajustamento ao processo, o que engloba não apenas os doentes mas também os cuidadores.

A escolha deste caso para apresentação, também está relacionada com o facto de englobar um trabalho abrangente feito por Psicologia, que foi para além da estimulação e da doente em si, alargando-se à vertente da família, o que permitiu uma visão mais realista e geral de S..

Tendo em conta estes dados, penso que seria sempre importante realizar uma sessão com o cuidador de cada doente, podendo dar uma maior abrangência nas áreas da vida do mesmo e detetar, por vezes, outros problemas que os instrumentos e a observação em consulta não são capazes.

Em suma, é extremamente importante articular todos os membros da reabilitação para que esta seja bem sucedida.

Capítulo V- REFLEXÃO E CONCLUSÃO

Na hora de escolher a área de mestrado que pretendia seguir, tive dúvidas de que o mestrado em saúde e neuropsicologia seria a escolha acertada, talvez pelo medo da complexidade do mesmo. O que nos mete medo, desafia-nos, e por ter conseguido ultrapassar este desafio e ter-me apaixonado pela área que escolhi, tenho a certeza que foi a escolha certa!

Agora sei que fui capaz, que me desafiei e com empenho e dedicação consegui criar uma nova paixão, a neuropsicologia.

Da mesma forma, na hora de escolher o local de estágio ideal para mim, optei por aquele que considerei mais desafiante e que, sem dúvida, o foi! Até porque desde o início do meu percurso sempre coloquei de parte nos meus objetivos o trabalho com idosos, e no final de contas, talvez uns 80% dos meus doentes na instituição foram idosos.

Inicialmente, senti que não estava preparada para a exigência imposta, tive grandes dificuldades, tal como perceber a dinâmica da instituição numa fase inicial, por ser um ritmo acelerado de trabalho e pelo grande fluxo do mesmo, que não permitiu que as orientadoras disponibilizassem muitas vezes o tempo que necessitava, para esclarecimento de dúvidas ou acompanhamento em situações em que me sentira menos à vontade. Rapidamente passei então a ter consultas de forma autónoma, o que inicialmente foi uma angústia pela constante dúvida acerca das minhas capacidades, o que com o decorrer dos dias se foi amenizando.

Depois de uma adaptação inicial ao ritmo de trabalho e de perceber a dinâmica e o funcionamento da instituição, as coisas começaram a fluir de forma natural, aprendi a lidar de forma adaptativa com as minhas angústias, percebendo as minhas capacidades e tentando utilizar da melhor forma as ferramentas que me foram fornecidas ao longo do meu percurso académico.

Houve situações em que me senti frustrada por não conseguir obter melhorias nos doentes, o que me levou a crescer pessoalmente, pois fui obrigada a lidar com essa frustração e aprendi que muitas vezes estamos limitados por outras variáveis e por isso nem tudo depende apenas do nosso trabalho, sabendo que dei sempre o máximo de mim para o melhor dos doentes.

Outra grande dificuldade que senti, foi a responsabilidade que nos é inculcada de tornar reais as expectativas de vida pós-lesão dos doentes e das famílias destes, de uma forma a que muitas vezes eram desfeitos os sonhos das pessoas colocando-as perante uma dura realidade de que a vida não voltaria a ser como dantes.

Todo este processo foi uma grande aprendizagem e permitiu-me crescer, tanto pessoal como profissionalmente. Aprendi a desafiar-me e a acreditar em mim. Aprendi que tenho de abrir os horizontes para viver as experiências e tirar o melhor proveito delas.

A par com tudo isso, tive uma orientadora, a Dra. Maria Emília Areias, que me levou a ver sempre o lado positivo de cada situação ou dificuldade ao longo do estágio, o que agradeço mais uma vez, porque realmente foi crucial em todo este percurso.

Só me resta encarar o futuro de forma positiva e continuar a aceitar cada desafio que me seja proposto daqui em diante, porque é isso que fará de mim uma melhor profissional e um melhor ser humano.

Referências Bibliográficas

Ben-Yishay, Y. (2010). Reflections on the Evolution of the Therapeutic Milieu Concept. *Neuropsychological Rehabilitation*.

Santos, M., Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*,.

Wilson, B., Evans, J., Bateman, A., & Evans, J. (2009). Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome. *Cambridge University Press*.

Anexos

ANEXO I

Tabela 1. Exemplos resumidos de casos clínicos atendidos pela estagiária

Identificação	Patologia	Avaliação	Objetivos/Intervenção	Resultados/Evolução
JF	AVC	Ausência de alterações segundo o rastreio	-	-
AG	AVC	Ausência de alterações segundo o rastreio	-	-
AM	AVC	-Dificuldades expressivas -Esposa do doente procura ajuda das psicólogas	Acompanhamento psicoemocional do doente e da esposa; Facilitar a compreensão e reflexão sobre a morosidade do processo Facilitar a reflexão sobre a importância dos pares no processo	Evolução comportamental relatada pela esposa; Melhorias de humor e expressividade
EM	AVC	- Sem alterações cognitivas -Beneficia de acompanhamento psicoemocional	Acompanhamento psicoemocional	Evolução no humor e melhoria na adaptação à doença
AC	TCE	Alterações no Rastreio: Memória	6 sessões de treino cognitivo	Não foi possível realizar reavaliação
CC	TCE	TDR por dificuldades expressivas: resultado muito abaixo do esperado	Múltiplas tentativas de intervir: acompanhamento psicoemocional e tarefas de papel e lápis- mal sucedidas	Sem evoluções
MN	TCE	Limitações expressivas não permitem avaliação quantitativa do rastreio- alterações a muitos níveis de funcionamento	Passagem imediata para treino cognitivo: 6 sessões de treino cognitivo	Evolução positiva nas tarefas Impossibilidade de reavaliação formal
CF	Esclerose Múltipla	Ausência de alterações segundo o rastreio	-	-
LA	Neuropatia Periférica	Intervenção em crise: Auxiliar procura ajuda das psicólogas, doente com episódio de choro compulsivo	Acompanhamento psicoemocional Suporte Interface com assistente social	-
MA	TCE	Alterações no rastreio: Memória	6 sessões de treino	Reavaliação com evolução positiva Fornecidas estratégias para domicílio- aproximação da data de alta

ANEXO II

Apresentação para a aula lecionada aos alunos do 3º ano de licenciatura de Psicologia



CASO CLÍNICO: S.

HELENA BARBOSA

2.º ANO DE MESTRADO EM
PSICOLOGIA DA SAÚDE E
NEUROPSICOLOGIA



INTRODUÇÃO

- Razão pela qual escolhi o caso S.
 - Identificação de S.
 - Motivo de Internamento
 - História de Vida
- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica
- Intervenção através de estimulação cognitiva
 - Desempenho
 - Intervenção Psicológica
 - Reavaliação

RAZÃO PELA QUAL ESCOLHI ESTE CASO



- Completo
- Desafio profissional
- Desafio pessoal

IDENTIFICAÇÃO DE S.



Jovem adulta de 24
anos

Género Feminino

Portuguesa, de S. João
da Madeira

Solteira

A estudar ao momento
da lesão

Chegou: 20 de
Setembro de 2017

Teve alta: 28 de
Fevereiro de 2018

Acompanhamento pelo
Núcleo de Reabilitação
Neuropsicológica: 12
sessões (15/11/2017 a
28/03/2018)

MOTIVO DE INTERNAMENTO



- S foi encaminhada para [] para a reabilitação de sequelas de politraumatismo, adquiridas na sequência de um acidente de viação, do qual resultou um Traumatismo cranioencefálico grave no dia 4 de Julho de 2017.
- À admissão, a doente apresentava-se vigil, cumprindo ordens simples* mas sem verbalização.



Totalmente dependente nas suas atividades de vida diárias e autocuidados

HISTÓRIA DE VIDA



HISTÓRIA DE VIDA



- Na escola, foi sempre uma aluna mediana, apesar de dizer que não gostava de estudar.
- Conta que mantinha uma vida social a decorrer dentro da normalidade, apesar disso não recebeu visitas de amigas enquanto internada.
- Pela sua falta de vontade para estudar, após a conclusão do terceiro ciclo, S optou por iniciar a sua vida no mercado de trabalho, sendo que após algum tempo de estar a trabalhar optou por voltar a estudar, num curso profissional de design, o qual estaria a frequentar e o qual pretende retomar no próximo ano letivo.

HISTÓRIA DE VIDA



- S tem também uma relação de namoro há cerca de 3 anos, relação da qual fala recorrentemente, tendo sido pedida em casamento recentemente.
- Descreve o namorado como "muito amigo e presente" (sic).

- Tudo decorria dentro da normalidade, até a ocorrência do acidente, que a colocou numa posição de total dependência.

HISTÓRIA DE VIDA



- Após transferência do seu hospital de referência integrou o programa de reabilitação [REDACTED] com vista à **otimização do seu potencial e minimização dos défices adquiridos**, que seriam tanto físicos como cognitivos, com as seguintes valências terapêuticas: psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia e hidroterapia.
- Após alta [REDACTED], S regressou ao seu meio natural, com uma boa adaptação e recuperação de alguma autonomia, tendo continuado o processo de reabilitação numa clínica de fisioterapia na sua área de residência, com vista ao seu principal objetivo: a recuperação da marcha.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



Avaliação:
3 consultas iniciais

Entre 15 de
Novembro de
2017 e 9 de
Janeiro de 2018

Consultas com
duração de cerca
de uma hora

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 1ª Consulta- 15.11.2017

- Doente apresentou-se à consulta com um notável embotamento emocional.
- Adotava um discurso coerente e adequado, embora com alguma impulsividade e dificuldades de expressão (traqueostomizada).
- Mostrava-se orientada no espaço, mas parcialmente desorientada no tempo (não sabe o dia do mês).
- Conta viver com os pais e o irmão de 11 anos, em Arouca e refere não ter uma boa relação com este, dizendo "ele só me chateia a cabeça" (sic).
- Quando questionada acerca das suas expectativas futuras afirmou não querer nem gostar de fazer nada.
- As suas principais queixas centravam-se na falta de mobilidade.
- A nível cognitivo afirma estar tudo bem, o que denota falta de consciência dos seus défices. Para além disso, diz que apesar de dormir bem tem muito sono durante o dia.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 1ª Consulta- 15.11.2017

- Desta forma, foram administrados os testes de rastreio neuropsicológicos, com os seguintes resultados:
- O TeLPI, cujos resultados estimam um QI pré-mórbido de 98, abaixo do esperado para a sua escolaridade.
- O MoCA, cujos resultados (13/30) sugerem alterações ao nível das capacidades visuoespaciais, atenção e memória.
- E o IFS, cujos resultados (11/30) sugerem alterações ao nível das funções executivas.

Desta forma, os domínios das capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas foram avaliados para aprofundamento da avaliação inicial.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 2ª consulta- 06.12.2017

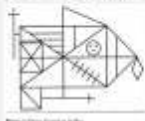
- A doente melhorou o seu humor, embora apresentasse uma reduzida amplitude emocional e baixa expressividade. Mostrava-se colaborante nas tarefas solicitadas.
- Mantinha um discurso coerente e mostrava-se, desta vez, orientada no tempo e no espaço.
- Referiu estar satisfeita pela ida a casa, tendo em conta que este fora o dia do seu aniversário.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 2ª consulta- 06.12.2017

- Foram administrados, para aprofundamento da avaliação inicial os seguintes instrumentos:
- A FCR (capacidades visuoespaciais e memória): na tarefa de cópia, apresenta um desempenho dentro do esperado ($Pc60$) com um tempo de desenho de 4 minutos e 17 segundos. Já na tarefa de memória, a doente teve um desempenho abaixo do esperado ($Pc<10$), com um tempo de 42 segundos, o que sugere alterações nas capacidades de memória visual.
- O D2 (atenção): motivada para a conclusão da tarefa (TC- $Pc75$). Verificam-se dificuldades ao nível da eficácia na realização da tarefa (TA- $Pc1$), no controlo da atenção, precisão e qualidade de desempenho (E% - $Pc1$), capacidade de concentração (IC - $Pc1$), estabilidade e consistência na realização (IV- $Pc1$) e na inibição de comportamentos desadequados e desempenho global da tarefa (TC-E- $Pc20$).
- Ficou, assim, por administrar o teste de avaliação aprofundada do funcionamento executivo (BADS).



AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 3ª Consulta- 09.01.2018

- Doente apresentava-se bem-disposta, mostrando uma grande evolução ao nível de amplitude emocional e expressividade.
- Colaborava nas tarefas pedidas.
- Disse estar feliz e satisfeita com evolução positiva nas terapias.
- A sua grande expectativa centrava-se na recuperação da marcha.
- Reforçava o apoio que tem por parte dos pais, referindo-os várias vezes ao longo da sessão.
- Aqui, contou ter uma relação há 3 anos, e que ele a viria visitar várias vezes.
- Neste momento, já passara a mostrar objetivos para o seu futuro, referindo querer tirar um curso de designer de calçado.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA



• 3ª Consulta- 09.01.2018

- Nesta sessão, ainda foi aplicada, para aprofundamento das funções executivas:
- A BADS, cujos resultados (13/24) demonstraram um desempenho inferior quando comparado com os valores de referência. Demonstrara maiores dificuldades na resolução de problemas práticos, na capacidade de planeamento e de conceção de estratégias de ação e na organização intencional de um comportamento.
- Tendo em conta estes resultados, decidiu-se iniciar o treino de estimulação cognitiva.



atenção, memória e funcionamento executivo.



INTERVENÇÃO

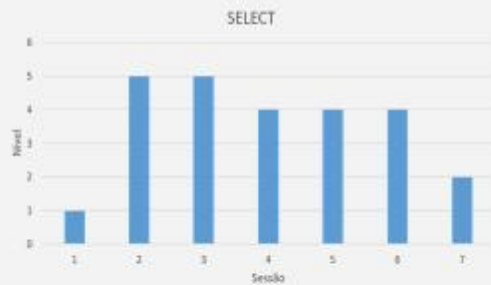
- **Intervenção através de Estimulação Cognitiva**
- A intervenção com foco nas capacidades em défice desta doente, foi realizada por um período total de 7 sessões.
- As três sessões iniciais tiveram foco essencialmente no desenvolvimento das capacidades atencionais de S, sendo esta a base para o desenvolvimento de todas as outras.
- A partir da quarta sessão foram introduzidas tarefas direcionadas à memória e consecutivamente funcionamento executivo.



INTERVENÇÃO ATRAVÉS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

- Para a estimulação cognitiva, foi utilizado o software computadorizado **CogniPlus**, o qual é um sistema de treino das funções cognitivas, eficiente, via multimédia, sendo à priori, motivador.

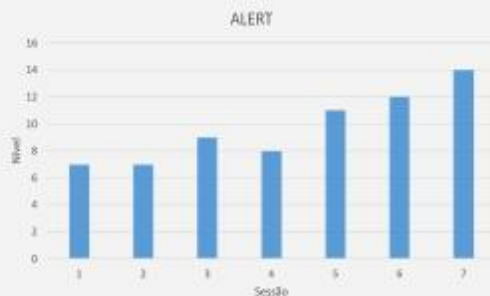
DESEMPENHO



No que diz respeito à atenção, a doente realizou a tarefa SELECT, que recruta a atenção seletiva. Podemos observar que, ao longo das sessões, a doente teve um desempenho flutuante.

Figura 1 Desempenho relativo à Atenção Seletiva.

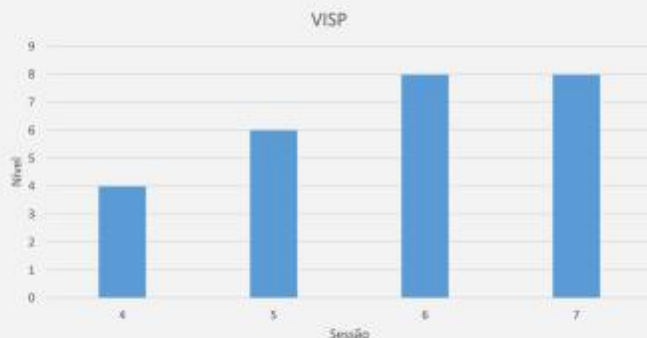
DESEMPENHO



Também para o domínio da atenção, foi realizada a tarefa ALERT, recrutando o estado de alerta da doente tal como a sua velocidade de processamento em simultâneo. Nesta tarefa, já podemos visualizar no gráfico uma evolução positiva ao longo das sessões, tendo S evoluído até ao nível 14.

Figura 2 Desempenho relativo ao Estado de Alerta.

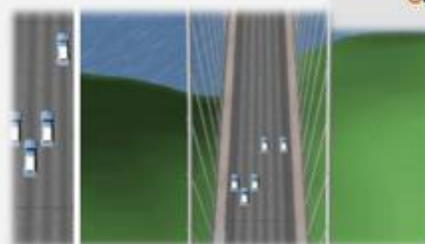
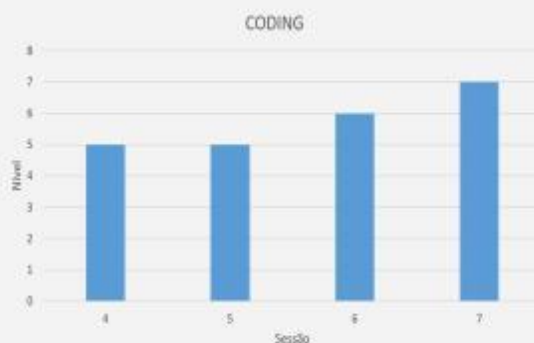
DESEMPENHO



Já a partir da quarta sessão, foi introduzida a tarefa de memória, recrutando a memória de trabalho visuoespacial em específico. Nesta tarefa, S evoluiu positivamente chegando até ao nível 8.

Figura 3 Desempenho relativo à Memória de Trabalho Visuoespacial.

DESEMPENHO



Por último, foi igualmente introduzida na quarta sessão uma tarefa direcionada à memória e funcionamento executivo, em específico de codificação espacial. Da mesma forma, nesta tarefa, a doente evoluiu ao longo das sessões, até ao nível 7.

Figura 4 Desempenho relativo à Codificação Espacial.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA



- A par da estimulação cognitiva, foi realizado um trabalho com foco nas atitudes e comportamentos de S, tal como a preparação para o momento da alta médica e regresso a meio natural.
- Pedido direto de ajuda por parte da mãe.



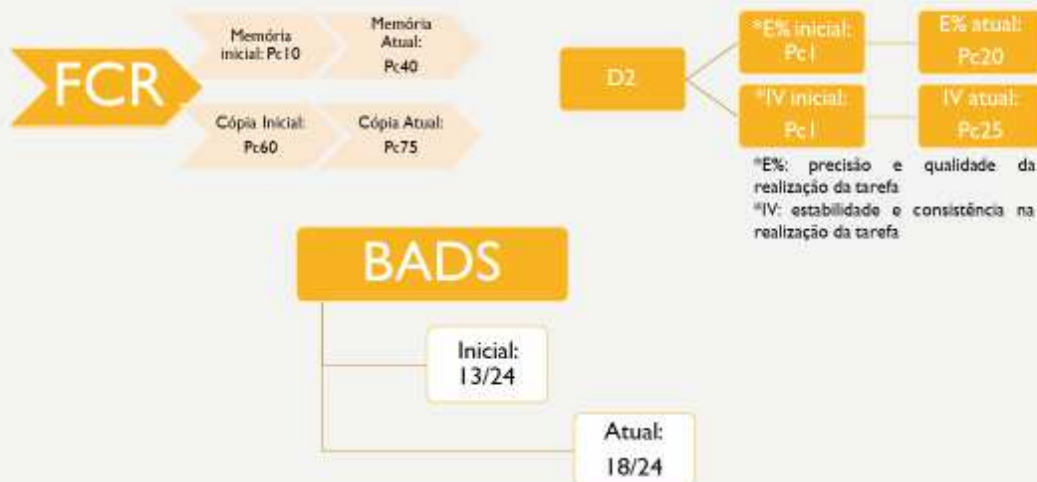
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA



Foi facilitada a reflexão sobre os seus atos agressivos e importância do papel dos pais para a sua recuperação, o que a doente parecia compreender e aceitar.

- Após isso, foi proposta uma tarefa de escrita para realização em casa, em forma de diário, com o objetivo de realizar uma reflexão acerca dos seus comportamentos agressivos e o seu impacto destes sobre si mesma e as outras pessoas.
- A doente realizou a tarefa prontamente, e mostrava-se mais consciente do impacto das suas atitudes.
- Tendo em conta estas sessões e as reuniões com a mãe após cada sessão, S mostrou uma evolução comportamental positiva.
- A intervenção ao nível comportamental mostrou-se tão importante quanto a estimulação cognitiva em si, tendo as duas intervenções efeitos positivos diretos na vida diária da doente.

REAVALIAÇÃO



REAVALIAÇÃO



- De um modo geral, através da reavaliação realizada, podem verificar-se melhorias significativas na memória, atenção e funções executivas.
- Também ao nível comportamental, parece ter existido uma evolução favorável descrita pela doente e pela sua mãe, tendo-se adaptado de forma positiva ao meio natural.

ANEXO III

Protocolo de Rastreio e Avaliação

	- Entrevista
	- TeLPI
	- MoCA
	- IFS
Para doentes com LEA	Em alternativa: -TDR (em doentes com alterações significativas de expressão)
	- Entrevista
Sem LEA	- HADS (doentes com até 65 anos)
	- GAI (doentes com mais de 65 anos)

ANEXO IV

Protocolo de Aprofundamento da Avaliação

Dimensão a avaliar	Instrumentos de rastreio (itens que avaliam cada dimensão)				Instrumentos a utilizar para aprofundar a avaliação, quando os resultados evidenciam alteração
	MoCA	IFS	TDR	Entrevista	
Funcionamento global	----	----	Sim	Sim	WAIS
Competências visuoespaciais e visuoconstrutivas	- Desenho do relógio - Cópia do cubo		Sim	----	FCR Retenção Visual de Benton WAIS – IOP CPM-P
Atenção, concentração e memória de trabalho	- Memória de dígitos (sentido direto e sentido inverso) - Atenção sustentada (detecção do alvo - série de letras) - Subtração em série de 7		Sim		D2 Ou TMT-A Ou Stroop (leitura) Ou Tarefas de cancelamento WAIS
Memória	- Evocação diferida de palavras		Sim		WMS-III FCR (em casos de comprometimento severo da linguagem)
Linguagem	- Nomeação - Repetição de frases - Fluência verbal fonémica		----	Sim	Referenciar para TF
Orientação	- Temporal (4 questões) - Espacial (2 questões)		----	Sim	----
Funções executivas	- Trail Making Test B adapt. - Fluência verbal fonémica - Abstração verbal	- Programação motora - Sensibilidade à interferência - Controlo inibitório - Memória de trabalho - Abstração	Sim		BADS WCST TMT-B Stroop (cor) CPM-P
Velocidade de processamento	----		----		WAIS – IVP
Compreensão	Sim	Sim	Sim	Sim	PALPA-P