

# Relatório de Estágio

Fábio Pinheiro Machado da Silva

Relatório para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2019





Fábio Pinheiro Machado da Silva

## Relatório de Estágio

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**Orientação:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra

**Supervisão:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, janeiro de 2019



## **Declaração de Integridade**

Fábio Pinheiro Machado da Silva, estudante do Mestrado em 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 Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias.

Ao Prof. Dr. Luís Monteiro.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Isabel.

A todos os docentes do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Aos profissionais do centro.

Aos amigos de curso e a todos os outros.

Aos meus pais e a toda a minha família.

À Ana.





# Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Descrição do local de estágio</b> .....	2
Local de estágio.....	2
Serviços do Centro .....	3
Unidade de reabilitação e reintegração profissional .....	3
<b>O papel do psicólogo no Centro</b> .....	4
<b>Programa holístico de reabilitação neuropsicológica</b> .....	5
Critérios de inclusão/exclusão .....	7
Estrutura do programa .....	7
Atividades desenvolvidas no PHRNP .....	8
Objetivos do programa .....	9
<b>Atividades desenvolvidas no PHRNP durante o estágio</b> .....	10
Orientação .....	10
Competências de relações interpessoais.....	11
Treino cognitivo.....	12
Sessões individuais de Psicologia .....	12
Programa de mindfulness .....	13
Oficina.....	14
Entrevista inicial e avaliação neuropsicológica .....	15
<b>Outras atividades desenvolvidas durante o estágio</b> .....	16
Reuniões de supervisão.....	16
Reuniões de orientação.....	16
Formação .....	17
Apresentação de caso clínico numa Unidade Curricular .....	17
<b>Grupos acompanhados</b> .....	18
<b>Caso clínico</b> .....	20
Caso DR.....	20
<b>Bibliografia</b> .....	33
<b>Anexos</b> .....	35



## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Genograma de DR .....	21
<b>Figura 2.</b> Gráfico da evolução do desempenho nos exercícios do <i>RehaCom</i> ® ao longo das sessões do treino cognitivo do cliente DR.....	28



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização do grupo A .....	18
<b>Tabela 2.</b> Caracterização do grupo B.....	19
<b>Tabela 3.</b> Avaliação neuropsicológica de DR.....	25



## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Apresentação na Unidade Curricular .....	36
<b>Anexo B.</b> Plano individual de reabilitação de DR.....	41
<b>Anexo C.</b> Plano operacional de DR .....	43
<b>Anexo D.</b> Poster de DR .....	45





## Abreviaturas

**AVC** Acidente Vascular Cerebral

**AVD** Atividades de Vida Diária

**DP** Desvio Padrão

**HADS** Hospital Anxiety and Depression Scale

**HIV** Hemorragia Intraventricular

**HSA** Hemorragia Subaracnoide

**IFS** Ineco Frontal Screening

**IUCS** Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**LCA** Lesão Cerebral Adquirida

**M** Média

**MoCA** Montreal Cognitive Assessment

**P** Percentil

**PHRNP** Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica

**PIAAR-R** Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade

**PIR** Plano Individual de Reabilitação

**PO** Programa Operacional

**QOLIBRI** Quality of Life after Brain Injury

**RN** Reabilitação Neuropsicológica

**SNC** Sistema Nervoso Central

**TCE** Traumatismo Crânio-encefálico

**TIC** Tecnologias da Informação e Comunicação

**WMS III** Wechsler Memory Scale III



## Introdução

O estágio curricular é uma componente de elevada importância no percurso do estudante. É uma fonte de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos previamente adquiridos, mas com uma carga emocional muito presente ao longo deste período, dado ser o primeiro contacto com a experiência profissional.

O presente relatório de estágio tem por objetivo dar a conhecer o meu percurso enquanto estagiário do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, mas mais do que dar a conhecer este meu percurso, este relatório assenta no princípio da reflexão, nem sempre uma tarefa fácil.

O estágio teve a duração de dez meses com a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra. A supervisão ficou à responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias, docente do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS).

Uma primeira parte do relatório servirá para dar a conhecer a instituição acolhedora, nomeadamente, o seu funcionamento, o papel do psicólogo e as atividades desenvolvidas. Numa segunda parte serão apresentados os casos clínicos. Por fim, seguir-se-á uma reflexão final onde haverá lugar para olhar para este percurso, salientando o que de melhor aconteceu, mas sem nunca deixar de parte os desafios, as dificuldades, e acima de tudo uma reflexão que possa servir de alicerce para uma melhoria e um crescimento.



## Descrição do local de estágio

### Local de estágio

Fundado em 1992, o Centro tem como objetivo fundamental direcionar a sua ação no sentido da integração ou reintegração na vida adulta e profissional de pessoas com deficiências e incapacidades, nas vertentes pessoal, social e profissional.

É do máximo interesse da instituição, atender às carências e obstáculos com que se confrontam os seus clientes. Para tal, e visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar destas pessoas, o Centro tem à sua disposição meios, tanto tecnológicos como de recursos humanos, que lhe permitem dotar os clientes de estratégias e aptidões orientadas para o desenvolvimento da máxima autonomia, individual, social e económica, possível.

Apresenta soluções adaptadas e desenhadas à medida das necessidades e expectativas singulares de cada cliente, através dos seus serviços e parcerias, tais como: a avaliação dos impactos dos acidentes e doenças na funcionalidade da pessoa e das necessidades e potenciais de reabilitação e reintegração, bem como, a identificação dos apoios e recursos a mobilizar; formação inicial de pessoas com deficiências e incapacidades; apoio ao trabalho e emprego; reabilitação e reintegração profissional; informação, aconselhamento e prescrição de produtos de apoio; informação, aconselhamento e encaminhamento para ofertas de educação e formação profissional de cidadãos com idade igual ou superior a 18 anos que procuram uma qualificação.

Posto isto, e paralelamente ao seu objetivo primordial, o Centro pretende através do seu trabalho, criar uma sociedade mais digna e inclusiva.

## **Serviços do Centro**

O Centro dispõe de vários serviços que se destinam a indivíduos com deficiência e/ou incapacidade: (1) Avaliação dos impactos dos acidentes e doenças na funcionalidade e das necessidades de reabilitação; (2) Formação inicial de pessoas com deficiências e incapacidades; (3) Apoio ao trabalho e emprego; (4) Reabilitação e reintegração profissional; (5) Produtos de apoio; (6) Centro Qualifica.

## **Unidade de reabilitação e reintegração profissional**

O estágio decorreu na unidade de reabilitação e reintegração profissional. Nesta unidade é feito o acompanhamento a indivíduos com lesão cerebral adquirida (LCA) que integram o programa holístico de reabilitação neuropsicológica (PHRNP).

## O papel do psicólogo no Centro

No contexto da Neuropsicologia Clínica, o psicólogo deve estar atento à expressão comportamental da disfunção cerebral (Lezak, Howieson, Bigler, & Tranel, 2012). Para isso, o psicólogo faz o acompanhamento do cliente ainda numa fase prévia à sua entrada no programa. Nesta fase, o psicólogo é responsável por realizar uma entrevista psicológica e a avaliação neuropsicológica. Deve, assim, estabelecer um processo interacional e relacional complexo que o possa conduzir à procura de informações contextualizadas sobre as características do cliente e dos problemas com que se confronta no momento, recorrendo a vários meios e instrumentos neuropsicológicos.

O Centro conta com um protocolo de avaliação estandardizado, mas que é suscetível de alterações na eventualidade de haver clientes com especificidades ao nível dos problemas apresentados. Fazem então parte deste protocolo de avaliação os seguintes instrumentos: (1) *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*; (2) *D2 - Teste de Atenção*; (3) Sequência de números e letras e Localização espacial da *Wechsler Memory Scale III (WMS III)*; (3) *Figura Complexa de Rey*; (4) *Token Test*; (5) *Ineco Frontal Screening (IFS)*; (6) *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*; (7) *Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI)*; e (8) *Teste Stroop - Cores e Palavras*, recentemente adicionado.

Terminada esta fase, o psicólogo organiza todas as informações e resultados recolhidos num todo coerente, elaborando as conclusões finais e propostas de intervenção.

No PHRNP propriamente dito, o psicólogo é responsável por orientar as sessões de acompanhamento individual de Psicologia, treino cognitivo e as sessões de competências de relações interpessoais. No final, faz uma reavaliação com o objetivo de perceber a evolução de cada caso, deixando algumas sugestões futuras e faz o encaminhamento vocacional/profissional.

## Programa holístico de reabilitação neuropsicológica

A LCA provoca alterações orgânicas e, dependendo da gravidade da lesão, o indivíduo pode sofrer mais ou menos consequências (Lezak, 1988).

Estas lesões podem acarretar diversos problemas como, consequências motoras, sensoriais, cognitivas, comportamentais, psicossociais, emocionais, entre outras (Lezak, 1982; Lezak, 1988; Lezak, 1987; Prigatano, 1992; Wilson, 2008).

Numa grande percentagem de indivíduos com LCA, as limitações cognitivas, comportamentais e emocionais revelam-se mais duradouras e incapacitantes do que as limitações físicas, sendo mesmo a principal razão pela qual estes indivíduos apresentam dificuldades no ajustamento vocacional, pessoal e social (Ben-Yishay, et al., 1985). Mesmo indivíduos que apresentam melhorias a nível das funções cognitivas e a nível motor continuam a apresentar desajustes sociais e emocionais (Lezak, 1987).

Na reabilitação neuropsicológica (RN) os défices cognitivos, tais como, dificuldades de memória, atenção, planeamento, organização, ou outros, são o principal foco. No entanto, tem-se assistido a uma mudança e é evidente a crescente preocupação em abordar, nos programas de reabilitação, as consequências emocionais e psicossociais (Wilson, 2008). As consequências emocionais são o resultado indireto da LCA e são uma resposta às limitações físicas, mentais e psicossociais, podendo mesmo exacerbar os défices cognitivos e provocar alterações do comportamento (Lezak, 1988; Wilson, 2008). É comum estes indivíduos apresentarem quadros de ansiedade, irritabilidade, paranoia, aumento da reatividade, raiva, desinibição, baixa autoestima, falta de confiança, medo, podendo evoluir para um quadro depressivo, tornando-se, em alguns casos, estados depressivos crónicos (Lezak, 1987; Lezak, 1988; Prigatano, 1992; Wilson, 2008). No caso de haver lesão das áreas responsáveis pela gestão emocional, podem também as alterações emocionais ser um resultado direto da LCA (Lezak, 1988).

Todos estes fatores alteram a qualidade de vida destes indivíduos, por um longo período de tempo, e a dos seus familiares (Lezak, 1987; Lezak, 1988).

Assim, a RN deve ser um processo ativo e ter como principal objetivo promover o desenvolvimento da pessoa para que esta consiga atingir um nível ótimo de bem-estar,



sendo necessário intervir a nível dos défices cognitivos, sociais e emocionais provocados por lesão ou doença (Ávila, 2003; Wilson, 2003; Wilson, 2008) e que, segundo a perspetiva holística não podem ser separados (Wilson, 2008; Wilson, Gracey, Evans, & Baterman, 2009).

Os programas holísticos devem, assim, incluir terapia de grupo e individual com o objetivo de: (1) tornar os indivíduos mais conscientes das suas limitações; (2) ajudá-los a entender e a aceitar as mesmas; (3) dar estratégias de compensação para os défices cognitivos; e (4) oferecer orientação e apoio vocacional (Wilson, 2008).

Quando assim o é, quando os programas são holísticos, compreensivos e dirigidos aos problemas do cliente, os resultados são melhores (Ben-Yishay, et al., 1985; Ben-Yishay & Gold, 1990).

Neste sentido, desde 2002 o Centro adaptou um modelo de Ben-Yishay (2000) (Almeida, et al., 2015). Um modelo holístico adaptado e em funcionamento em várias instituições e que deve incluir vários recursos como, (1) a reabilitação cognitiva; (2) psicoterapia; (3) equipa multidisciplinar; (4) intervenções em grupo/individuais; (5) envolvimento das famílias ou outras pessoas significativas; (6) orientação vocacional ou desenvolvimento de competências para aumento da autonomia; e (7) uma avaliação de resultados (Almeida, et al., 2015; Malec, 2001). Segundo este ponto de vista, pode ser feita uma intervenção mais geral de forma a trabalhar as dificuldades mais comuns, no entanto, permite ainda intervir nas dificuldades específicas de cada indivíduo sendo, desta forma, possível potenciar ao máximo as capacidades preservadas (Almeida, et al., 2015). O Centro criou, assim, o seu PHRNP (Guerreiro et al, 2009 cit in Almeida, et al., 2015), um programa de reabilitação compreensivo, desenhado para pessoas com LCA numa fase pós-aguda da lesão e com vista a prestar serviços de RN. Uma equipa multidisciplinar faz uma avaliação inicial e é elaborado um plano individual de reabilitação (PIR) onde estão os objetivos individuais de cada cliente (Almeida, et al., 2015). Além do PIR, é ainda criado um plano operacional (PO) onde constam objetivos mais específicos para cada um dos clientes.

## **Critérios de inclusão/exclusão**

Para integrar o grupo com vista a usufruir dos serviços do Centro, mais concretamente do PHRNP, é necessário cumprir alguns requisitos, nomeadamente: (1) ter no mínimo 18 anos de idade; (2) ser portador de LCA pelo menos há um ano; (3) encontrar-se num momento estabilizado de reabilitação funcional; (4) apresentar motivação para integrar um grupo de reabilitação; (5) além da motivação, apresentar capacidade suficiente para esta integração; e (6) estar suficientemente capaz a nível cognitivo, emocional e comportamental de poder fazer uma aprendizagem e de desenvolver competências que visam colmatar os défices apresentados. No caso de um indivíduo apresentar (1) sintomatologia psicótica; (2) ser consumidor de álcool e/ou drogas; e (3) apresentar comportamentos que possam colocar em risco a sua integridade ou a de outros, estão excluídos de possíveis beneficiários do PHRNP (Almeida, et al., 2015).

## **Estrutura do programa**

O programa é composto por uma equipa multidisciplinar formada por vários profissionais desde (1) psicólogos; (2) formadores; (3) fisioterapeutas; (4) terapeutas ocupacionais; (5) terapeuta da fala; e (6) auxiliares. Após uma avaliação, a equipa cria um PIR onde constam os objetivos individuais de cada cliente, como referido já anteriormente. Ao longo de cerca de trinta horas semanais e seiscentas horas no total são desenvolvidas diferentes atividades em contexto individual ou de grupo sendo que, os grupos não podem ter mais de dez elementos. Dentro das intervenções individuais temos então, Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, hidroterapia, Psicologia e treino cognitivo. Nas sessões de grupo o objetivo é promover o treino de competências de comunicação e de contacto com o outro, de atividades de vida diária (AVD), de recreação e lazer, de informática e movimento e expressão corporal. Há ainda sessões individuais e de grupo com familiares ou pessoas que sejam significativas para o cliente. Quando se aproxima o final do programa, o cliente é envolvido num acompanhamento vocacional, procurando implementar um projeto para uma vida ativa.

## **Atividades desenvolvidas no PHRNP**

No PHRNP são desenvolvidas várias atividades, sendo da responsabilidade dos psicólogos:

**Sessões de Psicologia** – as sessões de Psicologia têm como objetivo trabalhar questões relacionadas com o momento atual do cliente e fornecer suporte ao longo do programa.

**Treino cognitivo** – as sessões de treino cognitivo têm o objetivo de estimular as funções mentais e treinar estratégias de compensação dos défices.

**Relações interpessoais** – é objetivo destas sessões trabalhar as competências relacionais dos indivíduos.

**Programa de mindfulness** – promove a tomada de consciência no momento presente e a autocompaixão.

Existem outras atividades que são da responsabilidade de outros profissionais:

**Terapia da fala** – são trabalhadas pelos terapeutas da fala alterações da linguagem, da fluência e ainda da deglutição.

**Fisioterapia/hidroterapia** - os fisioterapeutas procuram trabalhar a reabilitação física.

**Terapia ocupacional** – é objetivo destas sessões trabalhar estratégias com os indivíduos para desenvolverem autonomia nas AVD, sendo um trabalho desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais.

**Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)** – procura desenvolver competências de comunicação recorrendo a um dos meios mais presentes na vida de todos, a tecnologia informática.

**Empregabilidade** – o objetivo é trabalhar questões relacionadas com o mundo laboral.

## Objetivos do programa

Todas as atividades desenvolvidas têm como objetivo final aumentar a qualidade de vida do indivíduo portador de LCA. Para isso, são objetivos principais (1) aumentar a autonomia através da promoção de uma nova forma de funcionamento físico e psicológico; (2) aceitação da condição atual e desenvolvimento de competências para a relação com o outro, com vista a que haja um aumento do ajustamento psicossocial; e (3) dar suporte a uma vida mais ativa através da criação de um projeto de vida ajustado às limitações de cada indivíduo (Almeida, et al., 2015). No fundo, é esperado que estes objetivos se enquadrem e promovam a passagem pelas diferentes etapas do processo de reabilitação que, segundo Ben-Yishay e Gold (1990) são: (1) envolvimento; (2) consciência de si; (3) mestria; (4) controlo; (5) aceitação; e (6) identidade.

## Atividades desenvolvidas no PHRNP durante o estágio

Durante o estágio, a participação no PHRNP foi sendo feita em diversas atividades, nomeadamente, nas sessões de orientação, treino cognitivo, competências de relações interpessoais, sessões individuais de Psicologia, sessões de mindfulness, sessões de oficina e ainda nas entrevistas iniciais e nas avaliações neuropsicológicas.

### Orientação

A atividade de orientação é uma sessão de grupo dirigida pelos psicólogos e é a primeira atividade do dia. Esta atividade procura promover a motivação, a utilização de estratégias de compensação para os défices apresentados por cada um dos clientes, o estabelecimento de metas e objetivos realistas para o processo de reabilitação e o desenvolvimento da capacidade de cada cliente para avaliar a sua evolução e a dos seus pares. (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Existe uma atividade central nestas sessões que é a atividade dos "Posters". Tendo em conta a avaliação feita ao cliente, a equipa determina qual parece ser o problema central de cada cliente, seja cognitivo ou neurocomportamental, e elabora um poster. Neste poster deve estar então o problema central, a solução e algumas estratégias para fazer face a esse mesmo problema (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Em cada sessão é apresentado um poster a um dos clientes e toda a apresentação fica gravada em vídeo, para mais tarde poder ser visualizada. Durante a apresentação é explicado pelo psicólogo o porquê de ser aquele o problema escolhido e é feita uma descrição das estratégias e de que forma estas podem ajudar. Terminada a apresentação por parte do psicólogo é pedido ao cliente que, pelas suas próprias palavras, descreva o poster. Uma vez aceite o poster pelo cliente, há um "oficializar" do compromisso com um aperto de mão, mostrando assim, que da parte da equipa haverá um envolvimento e que o mesmo é esperado da parte do cliente. Para finalizar esta atividade o poster é afixado na parede, ficando até ao final do programa.

Nestas sessões, o papel do estagiário passou pela observação, numa fase inicial. Após esta fase, teve a oportunidade de dirigir algumas destas sessões, fazendo a apresentação do poster.

## Competências de relações interpessoais

Estas sessões acontecem duas vezes por semana sob a orientação dos psicólogos e têm o objetivo de promover técnicas de relacionamento interpessoal, a flexibilidade e a autoaceitação. Em cada uma das sessões é realizada uma comunicação ao grupo por parte de um dos clientes. A comunicação é previamente preparada com o apoio do psicólogo, que durante o exercício tem a função de ser orientador do cliente, intervindo sempre que necessário. Finalizado o exercício, o grupo e a equipa técnica dão o *feedback* acerca da prestação do cliente durante a sua apresentação. Este *feedback* é individual. Espera-se que com esta atividade os clientes vão conseguindo reconhecer as suas perdas cognitivas e sociais, com o objetivo de promover a gradual recuperação da sua autoestima e dignidade (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Estes exercícios eram sempre filmados para posteriormente serem visualizados.

O estagiário ajudava na preparação do exercício dos clientes que acompanhava nas sessões individuais de Psicologia. No exercício propriamente dito, era função do estagiário dar *feedback* acerca da prestação do cliente e, após algumas sessões a observar a dinâmica, tinha a responsabilidade de direcionar o exercício, ou seja, fazer com que os *feedbacks* por parte do grupo fossem dados de forma ordeira e bem estruturados. Nos exercícios em que o cliente a fazer a comunicação era o cliente acompanhado nas sessões individuais de Psicologia, assumia o papel de orientador.

## Treino cognitivo

As sessões de treino cognitivo são também elas bissemanais e procuram abordar e trabalhar défices cognitivos apresentados pelos clientes (e.g. atenção, concentração, memória). Estas sessões funcionam segundo três princípios: (1) focam-se inicialmente as funções atencionais básicas e termina-se com os défices de raciocínio lógico superior; (2) o cliente recebe as instruções de como realizar os exercícios com mais sucesso e à medida que o tempo vai passando vai recebendo menos sugestões; (3) procura-se que as estratégias de compensação sejam, sempre que possível, implementadas pelo cliente no seu dia a dia (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Estas sessões podem ser divididas em três componentes: (1) componente psicoeducativa; (2) treino em computador; e (3) treino de mesa. Na componente psicoeducativa é dada ao cliente informação acerca do sistema nervoso central (SNC), possíveis alterações provocadas pela lesão e estratégias de compensação. Procura-se que o cliente seja capaz de identificar e reconhecer as alterações sentidas após a LCA e que seja capaz de ir identificando possíveis estratégias de compensação. Nas sessões de treino em computador são utilizados dois programas de RN, o *ReahCom*<sup>®</sup> e o *CogniPlus*. Por fim, no treino de mesa são utilizados exercícios de papel e lápis retirados de programas estruturados (Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade (PIAAR-R) e Programa de Estimulação do Funcionamento Executivo).

Nas sessões de computador e de treino de mesa o estagiário tinha a função de dar aos clientes as indicações de como realizar as tarefas, monitorizar e, no final, perceber a avaliação que o cliente fazia do seu desempenho, avaliar os resultados finais e, se necessário, deixar sugestões para exercícios futuros.

## Sessões individuais de Psicologia

As sessões individuais de Psicologia podem ser semanais ou bissemanais e têm a duração de uma hora. Estas sessões têm a finalidade de (1) ajudar o cliente a entender os objetivos do programa de forma a que este se revele importante para as suas necessidades; (2)

desenvolver a relação terapêutica; (3) fazer a monitorização da implementação das estratégias compensatórias e do percurso; e (4) ajudar o cliente a partilhar com as pessoas próximas os ganhos conseguidos no programa (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Uma vez que a LCA traz grandes alterações (e.g. irritabilidade, raiva, falta de iniciativa, etc.), é extremamente importante trabalhar estas questões numa fase primária, para que o cliente esteja “disponível” para enfrentar o percurso da RN com vista a atingir um bom estado funcional e a conseguir a autoaceitação (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Quando necessário, eram utilizadas para treino cognitivo individualizado e para preparar atividades de outras sessões, nomeadamente, os exercícios de comunicação das sessões de competências de relações interpessoais. Serviam ainda para ver estes mesmo exercícios, permitindo ao cliente observar o exercício de um outro ângulo com o objetivo de promover a auto-consciência.

A função do estagiário era orientar estas sessões, no entanto, sempre com orientação prévia da supervisora de estágio. No final de cada sessão era também dado um *feedback* relativo à mesma, deixando a supervisora já algumas sugestões para a sessão seguinte.

## **Programa de mindfulness**

As sessões de mindfulness aconteciam uma vez por semana durante dez semanas. Este programa está ainda numa fase de adaptação e implementação no Centro, sendo algo recente e suscetível de possíveis alterações, como se verificou nos dois grupos acompanhados. No entanto, e apesar das possíveis alterações, o programa foca-se na alteração de hábitos e pensamentos automatizados. Para tal, procura promover uma maior atenção ao momento presente. É também objetivo das sessões que o cliente seja capaz de aceitar o seu estado atual, os seus pensamentos, sem que para isso haja uma atitude de resignação, mas exista abertura suficiente para olhar para a sua condição como algo com a qual pode viver sem ter de estar em constante luta de evitamento ou fuga. Esta aceitação passa por uma postura de compaixão e cada um aprender a cuidar-se e não a criticar-se, o que é bastante comum neste tipo de população.



Estas sessões têm uma componente teórica onde são abordadas algumas temáticas relacionadas com o tema e uma componente prática composta, normalmente, por um exercício e uma meditação. As meditações são fornecidas aos clientes em formato áudio para que possam continuar esta prática mesmo fora do programa. Durante a semana, na 2ª sessão da manhã é realizada uma meditação. Existem ainda outros exercícios para os clientes onde se procura que eles sejam capazes de desenvolver algumas AVD de forma mais consciente.

Estes momentos revelaram-se ser de experiência e aprendizagem para toda a equipa técnica dado ser um projeto piloto. Acima de tudo, procurava-se assimilar o máximo de conhecimento possível acerca do tema.

No seguimento de uma das sessões foi pedido ao estagiário que elaborasse e realizasse uma apresentação cujo tema era “Emoções e Sentimentos”, com o intuito de clarificar as diferenças entre os conceitos.

## **Oficina**

O objetivo destas sessões é desenvolver competências relacionadas com o contexto de trabalho e o treino de algumas competências cognitivas (e.g. planeamento e organização).

Nestas sessões há duas áreas de trabalho: (1) área de reciclagem; e (2) área criativa. A escolha do trabalho a ser realizado é deixada ao critério do cliente, no entanto, podem ser sugeridas algumas atividades.

Enquanto estagiário, a função era auxiliar os clientes nas dificuldades sentidas na realização das atividades.

## Entrevista inicial e avaliação neuropsicológica

Sempre que há um pedido ou encaminhamento de um cliente, é feita uma entrevista e uma avaliação neuropsicológica para recolher informação acerca deste. Com a entrevista procura-se recolher informação acerca do contexto familiar e social, do percurso escolar e profissional, caracterização da deficiência, o impacto das alterações, a funcionalidade, autonomia pessoal e social e recursos de apoio.

Terminada a entrevista, é realizada ou agendada a avaliação neuropsicológica para avaliar o funcionamento cognitivo do cliente.

Como já referido anteriormente neste relatório, para a avaliação neuropsicológica o Centro conta com um protocolo de avaliação estandardizado, composto pelos seguintes instrumentos: (1) *MoCA*; (2) *D2 - Teste de Atenção*; (3) Sequência de números e letras e Localização espacial da *WMS III*; (3) *Figura Complexa de Rey*, (4) *Token Test*, (5) *IFS*; (6) *HADS*; (7) *QOLIBRI*; e (8) *Teste Stroop - Cores e Palavras*.

Toda a informação recolhida, juntamente com outra informação recolhida por outros técnicos, permite criar o PIR e o PO com os objetivos individuais para cada cliente.

Enquanto estagiário foi possível observar algumas entrevistas iniciais e avaliações neuropsicológicas, havendo ainda oportunidade para realizar de forma autónoma as avaliações neuropsicológicas.

## Outras atividades desenvolvidas durante o estágio

### Reuniões de supervisão

Durante o período de estágio, a supervisão foi da responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias. As reuniões aconteciam semanalmente até finalizar o período de estágio. Era feito um balanço da semana decorrida e era preparada a semana que se iniciava até à reunião da semana seguinte.

Este era um espaço de partilha de casos clínicos com o objetivo de esclarecer dúvidas relativamente a cada caso, havendo lugar para o debate e discussão sobre as estratégias de intervenção.

### Reuniões de orientação

A orientação ficou a cargo da Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra. Acontecia diariamente ao longo de todo o período de estágio. Antes das sessões, individuais ou de grupo, era feita uma preparação no sentido de melhorar a abordagem das mesmas. No final também era pedido o *feedback* para perceber como tinham decorrido as sessões e fazer uma breve preparação da próxima.

Serviu também para abordar questões e dúvidas que iam surgindo ao longo do estágio (e.g. dúvidas quanto à avaliação dos clientes, à intervenção, patologias).

Houve ainda lugar para reuniões com o intuito de monitorizar o percurso e perceber quais as principais dificuldades sentidas pelo estagiário.

## **Formação**

O Centro conta com um projeto de formação dos profissionais da Psicologia, intitulado “Introdução às Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração”. Foram abordadas temáticas como, “Terapia Focada na Compaixão” ou “Terapia da Aceitação e Compromisso”. As sessões eram compostas por uma parte teórica, seguindo-se uma componente prática com discussão de casos clínicos e propostas de intervenção.

O estagiário contribuiu com casos clínicos dos clientes acompanhados nas sessões individuais de Psicologia, para serem analisados e sugeridas propostas de intervenção.

Houve ainda oportunidade de frequentar um workshop sobre “Intervenção Familiar e Comunitária: Prática Baseada na Evidência” no âmbito de uma pós-graduação em RN na lesão encefálica adquirida.

## **Apresentação de caso clínico numa Unidade Curricular**

Foi realizada uma apresentação de um caso clínico aos alunos do 3º ano da Licenciatura em Psicologia do IUCS (Anexo A). No fundo, foi levar até junto dos alunos a experiência enquanto estagiários.

## Grupos acompanhados

Como referido anteriormente, o PHRNP conta com uma intervenção em grupo e individual. Durante o estágio foram acompanhados dois grupos. Nas tabelas 1 e 2 pode ser encontrada uma breve caracterização de ambos os grupos. Encontram-se ainda identificados a negrito os casos acompanhados pelo estagiário nas sessões individuais de Psicologia.

*Tabela 1*

Caracterização do grupo A

Cliente	Sexo	Idade	Lesão Cerebral	Data da Lesão
AI	Feminino	55	TCE	2016
AF	Masculino	26	AVC	2016
AC	Masculino	43	AVC	2016
<b>DR</b>	<b>Masculino</b>	<b>24</b>	<b>TCE</b>	<b>2014</b>
MC	Feminino	45	Malformação Arteriovenosa	2015
JB	Masculino	39	TCE	2014
<b>JF</b>	<b>Masculino</b>	<b>41</b>	<b>Anoxia Cerebral</b>	<b>2017</b>
FL	Masculino	62	Encefalite	2017
NO	Feminino	41	Lesões múltiplas	2008
<b>PC</b>	<b>Feminino</b>	<b>40</b>	<b>Encefalopatia anóxica</b>	<b>2016</b>

O grupo A era composto no total por dez clientes, sendo que destes, seis eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Relativamente à etiologia da lesão, era um grupo bastante heterogéneo, havendo casos de traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC), anoxia cerebral, malformação arteriovenosa, encefalite, encefalopatia anóxica e ainda de lesões múltiplas. As idades estavam compreendidas entre os 24 e 62 anos ( $M=41.60$ ,  $DP=11.41$ ). Quanto à data da lesão, podemos ver que a maioria dos clientes tinha sofrido a lesão cerebral há relativamente pouco tempo, em média há dois anos, e apenas num dos casos a lesão tinha ocorrido há mais tempo (dez anos).

Tabela 2

Caracterização do grupo B

Cliente	Sexo	Idade	Lesão Cerebral	Data da Lesão
AS	Masculino	50	AVC	2017
CS	Masculino	62	Encefalite	2017
EG	Masculino	28	TCE	1999
GM	Feminino	56	AVC	2017
LP	Feminino	31	Encefalite	2007
HM	Masculino	39	TCE	2008
MF	Masculino	48	AVC	2016
PF	Feminino	46	AVC	2017
<b>RC</b>	<b>Masculino</b>	<b>32</b>	<b>TCE</b>	<b>2005</b>
VA	Masculino	23	TCE	2017

O grupo B era também ele composto por um total de dez clientes, dos quais sete eram do sexo masculino e três eram do sexo feminino. As idades eram muito semelhantes às do grupo A, variando entre os 23 e os 62 anos ( $M = 41.50$ ,  $DP = 12.90$ ). Quanto à etiologia da lesão, este grupo era mais homogêneo, variando entre AVC, TCE e encefalite. Neste grupo, embora na maioria dos casos a lesão tivesse ocorrido há relativamente pouco tempo, em média há um ano, havia quatro casos onde a lesão tinha acontecido há bastante tempo, em média há treze anos.

## **Caso clínico**

Como mencionado anteriormente, foram acompanhados pelo estagiário quatro casos nas sessões individuais de Psicologia. Desses quatro casos acompanhados houve um que se revelou mais desafiador e exigente por ter sido a 1ª experiência. Por essa mesma razão, será o caso apresentado.

## **Caso DR**

### **Identificação do cliente**

Sexo masculino, 24 anos, solteiro, 9º ano de escolaridade e tem uma filha de 7 anos.

### **Pedido/Encaminhamento**

O cliente foi encaminhado pela associação Novamente para integrar o PHRNP. O pedido é feito pelo pai e nunca houve um pedido e uma vontade clara, por parte do cliente, para integrar o programa.

## Genograma

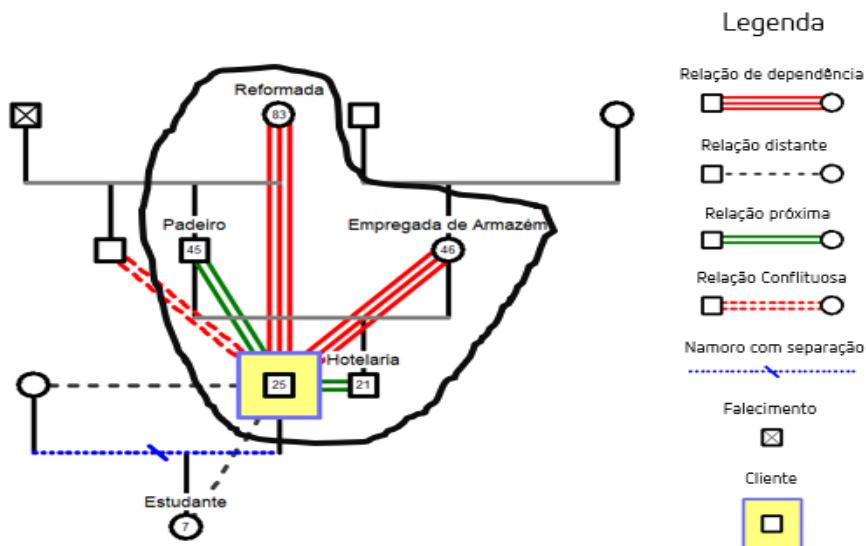


Figura 1. *Genograma de DR*

A recolha de dados sobre alguns dos elementos da família foi escassa por resistência apresentada pelo cliente.

## História clínica

Em 2014 sofreu um TCE grave com politraumatismos, após um acidente de viação. Era o condutor e seguia com mais dois amigos. Um deles acabou por morrer e o outro ficou com algumas sequelas aparentemente sem grande gravidade. Esteve em estado de coma durante duas semanas. Apresentava edema cerebral difuso, apagamento dos sulcos corticais, hemorragia subaracnoide (HSA) difusa bilateral, hemorragia intraventricular (HIV) com envolvimento do III ventrículo e pequenas densidades punctiformes temporais direitas. Dois meses depois do acidente foi avaliado num Centro de Reabilitação, sendo proposto para internamento e integrado em programa multidisciplinar de reabilitação durante três



meses. Houve evolução favorável e conseguiram atingir os objetivos propostos, mas condicionados pelas alterações cognitivas e comportamentais.

É fumador desde os 13 anos e consumidor de haxixe desde os 16 anos.

## **Lista de queixas/problemas identificados**

Falta de iniciativa, isolamento social, dificuldade em envolver-se na sua reabilitação, dificuldade em estabelecer objetivos e assumir o compromisso, dificuldade em gerir as suas emoções, perda de autonomia e dificuldade em respeitar limites. As queixas apresentadas pelo cliente e os problemas identificados estavam bastante presentes e com elevada intensidade. O doente relatou que previamente à lesão já apresentava dificuldade em respeitar limites, dificuldade na gestão das emoções, em estabelecer objetivos e assumir compromissos. Estas dificuldades desencadearam o início de consumo de álcool e outras drogas. Os consumos teriam uma função protetora: evitavam a experiência de dor através da anestesia. Sendo que, a dor e o sofrimento surgiam no seguimento da dificuldade em respeitar limites e regras, nomeadamente, impostos pelo pai. Já a dificuldade em estabelecer objetivos e assumir o compromisso, segundo o cliente, era característica sua “fazia planos, mas no dia seguinte acordava e já não era aquilo que queria” (sic.). Apesar destas queixas serem prévias à lesão, a lesão veio agravar estes sintomas, refletindo-se na sua falta de iniciativa para a mudança e na dificuldade em envolver-se na sua reabilitação.

Atualmente, o consumo de drogas está ao serviço do evitamento da experiência de raiva, de culpa e da revolta que sente pelo sucedido. O isolamento e a perda de autonomia surgem como consequência da LCA. Após o acidente, sentiu um afastamento por parte dos amigos e de algumas pessoas próximas, o que o levou a isolar-se em casa “após o acidente acordava tarde, almoçava, ia uma hora à fisioterapia e depois voltava para casa e via televisão ou estava por lá” (sic). Devendo-se este isolamento, acima de tudo, a causas emocionais. A perda de autonomia vem no seguimento das suas limitações físicas (tetraparésia), levando-o praticamente a um estado de dependência das duas figuras mais próximas, a mãe e a avó.

## História de vida

É o 1º filho de uma fratria de dois irmãos, vive com os pais, o irmão e a avó paterna. A sua mãe tem 46 anos e trabalha num armazém, o pai tem 45 anos e é pasteleiro, o irmão tem 21 e trabalha na hotelaria, a avó tem 83 e encontra-se em casa reformada. Desde cedo viveu com esta avó. Tinha apenas 2 anos de idade quando o seu avô paterno faleceu. Na altura, para a sua avó não viver sozinha, os seus pais mudaram-se para junto dela, acabando por remodelar e ficar com a casa. A relação com esta avó sempre foi muito próxima, é uma avó preocupada e que procura satisfazer as necessidades do neto. Tal como com a avó, a relação com a mãe é uma relação muito próxima, todavia, existe desde cedo alguma dificuldade de ambas em colocar limites. Com o pai as coisas são diferentes, embora o pai seja um pouco ausente pela profissão que tem e que o obriga a trabalhar de noite precisando do dia para descansar, é uma figura de autoridade e que lhe coloca limites. Por essa mesma razão, a relação entre ambos sempre foi mais conflituosa, desde muito novo, quando o pai estabelecia regras e limites, DR lidava mal com a situação.

DR frequentou o infantário dos 3 aos 6 anos, altura em que entrou na escola primária. Era um menino que facilmente se relacionava com o outro, mas também desde cedo o grupo de pares era formado por meninos com dificuldade em cumprir regras e normas, no fundo, com comportamentos menos corretos (e.g. partiam vidros de casas abandonadas). Nessa altura já era visível o desinteresse pela escola e pelos estudos “não tinha grande jeito, reprovei duas vezes, uma no 2º ano e outra no 5º, era fresco” (sic.). Na tentativa de mudar este cenário, melhorar o rendimento escolar e o comportamento, o seu pai colocou-o num colégio privado. Esta mudança não surtiu efeito, tendo reprovado no 5º ano, acabando por ser colocado novamente na escola pública. Esta escola era frequentada por alguns alunos de contextos socioeconómicos desfavorecidos, pautados pelo mau comportamento, contexto com o qual DR se identificava “naquela altura sentia que tinha voltado a casa” (sic.). Inserido neste contexto, cedo começou a consumir álcool e a fumar tabaco (por volta dos 13 anos). Sem conseguir perceber os riscos que corria com alguns dos seus comportamentos de irresponsabilidade, aos 16 anos engravidou a sua namorada, após terem praticado sexo desprotegido.

Nessa altura, abandonou a escola e os estudos. Concluiu o 9º ano de escolaridade e decidiu começar a trabalhar para poder suportar os seus vícios (álcool, tabaco e droga).

O consumo de droga começou neste período particularmente conflituoso, o abandono da escola e a gravidez da sua namorada originaram bastantes dissidências com o seu pai, que tinha expectativas de um futuro diferente, em que previa o atingimento de objetivos como terminar o secundário e fazer uma formação universitária.

Estes conflitos entre ambos levaram DR a sair de casa, regressando só quando a sua filha nasceu.

A droga era então um refúgio “quando fumava não pensava nos problemas, ficava aliviado” (sic.). Tal como a droga, também o álcool surtia o mesmo efeito.

Começou a trabalhar por volta dos 16 anos, mas sem grande satisfação pessoal, era simplesmente com o objetivo de ter algum dinheiro. A filha nasceu quando tinha 17 anos e pouco tempo depois terminou a relação que tinha com a namorada, mãe da sua filha. No fundo, não queria assumir a responsabilidade, nunca tendo sido vontade sua ficar com esta filha.

Os comportamentos de irresponsabilidade continuaram até ao dia em que teve o acidente. Na altura conduzia com excesso de álcool no sangue e sob o efeito de outras drogas. Depois do internamento e quando regressou a casa tomou consciência das consequências do acidente, nomeadamente, da morte do seu amigo. Este revelou-se um momento extremamente difícil e foi inundado por várias emoções e sentimentos negativos (e.g. raiva, culpa e revolta), chegando mesmo a tentar o suicídio. Após este regresso a casa, a relação com o pai mudou, ficaram mais próximos, tornando-se o pai a principal figura impulsionadora da sua reabilitação e da procura pela mudança. Com a mãe e a avó, a relação manteve-se dentro do mesmo registo exacerbando-se a proteção de ambas e havendo um registo de superproteção que acaba mesmo por levar a uma dependência, o que fazia DR ficar num registo de conforto e comodismo sem fazer grande esforço para se envolver com a sua recuperação.

Neste momento, encontra-se ainda a decorrer um processo em tribunal onde DR é acusado de homicídio por negligência.

## Avaliação neuropsicológica

Antes da entrada no programa foi realizada uma avaliação neuropsicológica com os testes anteriormente referenciados, onde foi possível concluir que o cliente apresentava como principais dificuldades cognitivas: (1) dificuldades de atenção (seletiva e sustentada); (2) alguma precipitação e tendência para continuar o registo de erro; (3) dificuldades de memória; (4) alteração das funções executivas, nomeadamente, organização e planeamento.

Tabela 3.

### *Avaliação neuropsicológica de DR*

Instrumento	Pontuação do Cliente	Média ( <i>M</i> ); Desvio Padrão ( <i>DP</i> )/Percentis ( <i>P</i> )	Interpretação
MOCA	Total 21 em 30 possíveis	<i>M</i> = 26,42; <i>DP</i> = 2,19	<b>Revela declínio cognitivo</b>
d2	TC- 363 pontos TA- 140 pontos TC-E- 349 pontos IC- 140 pontos IV- 6 pontos E%- 3,86 pontos	TC (P) 20 TA (P) 35 TC-E (P) 30 IC (P) 40 IV (P) 97 E% (P) 55	<b>Os valores revelam dificuldades de atenção e concentração</b>
Token Test	20 pontos em 22 possíveis	<i>M</i> = 18,6; <i>DP</i> = 5,5	<b>Valores dentro da média</b>
HADS	Depressão- 6 pontos Ansiedade-2 pontos		<b>Estes valores não revelam sintomatologia em ambas as escalas</b>
WMS (memória de trabalho) Somatório	Total de 9 pontos em 32	Percentil 1	<b>Demonstram haver dificuldades de memória de trabalho</b>
Figura Complexa de Rey	Cópia-27 pontos	<i>M</i> = 31,17; <i>DP</i> = 3,62	<b>Em ambas as provas, os valores encontram-se abaixo da média, sendo indicador de haver dificuldades de memória (com interferência)</b>
	Reprodução- 12 pontos	<i>M</i> = 18,9; <i>DP</i> = 5,41	
IFS	17 pontos em 30 possíveis	<i>M</i> = 24,6; <i>DP</i> = 2,8	<b>Estes valores revelam alterações no funcionamento executivo</b>

## **Plano individual de reabilitação**

Tendo em conta as dificuldades identificadas, a lista de queixas apresentadas e outras informações recolhidas, foi possível elaborar o PIR e PO do cliente com os objetivos para a sua reabilitação (Anexo B e Anexo C, respetivamente).

Foram definidos como objetivos para a intervenção psicológica: (1) promover a consciência de si: e o reconhecimento da sua labilidade emocional que o impede de assumir compromissos; (2) promover uma melhor gestão das suas emoções; (3) trabalhar e compensar os défices cognitivos apresentados; e (4) fornecer estratégias de compensação.

## **Intervenção psicológica**

### **Sessões individuais de Psicologia**

Nas sessões iniciais, DR manifestava várias vezes a vontade em abandonar o programa e não queria assumir o compromisso com a reabilitação, salvo raras exceções onde demonstrava vontade em estar presente, mas sem envolvimento da sua parte. Demonstrava sentimentos de raiva, culpa e revolta não só face à sua situação atual, mas também à morte do seu amigo. Sentia que não merecia viver, que não tinha esse direito. Olhava para a sua entrada no Centro como o cumprir de uma pena. Estava longe de casa, só via a família ao fim de semana e sem autonomia. Bastante fusionado, não conseguia ver as coisas de outra forma, era muito difícil separar, analisar cada um destes aspetos e olhá-los de outra forma. No início, o objetivo passou por estabelecer uma relação terapêutica. Era importante que assumisse o compromisso com a reabilitação para que fosse possível intervir nestas questões. Assim sendo, a equipa na atividade dos posters abordou esta temática, tendo sido enunciado como o seu problema central “síndrome da descontinuidade” na atividade dos posters (Anexo D). Com esta atividade, o objetivo era promover a consciência da sua labilidade emocional e a sua ambivalência face à reabilitação para que, desta forma, conseguisse uma maior estabilidade emocional. Em relação à sua dificuldade de estar em

contacto com a raiva e a culpa era necessário desfusionar, mostrar que ele não era a raiva, não era a culpa. No início, foi difícil para ele abordar estas questões, havia recusa, evitamento, repudiava o contacto com as emoções. Ao longo do processo foi promovida a separação e procurou-se estabelecer uma diferença entre culpa e responsabilidade. O espaço terapêutico permitiu o contacto com os sentimentos negativos. Era importante permitir esta proximidade em contexto terapêutico e seguro. Foi realizado o questionamento socrático com vista a permitir uma outra visão e interpretação da culpa. O sentimento de culpa era visto pelo cliente como algo negativo, um "apontar o dedo", já a responsabilidade era mais facilmente aceite. Com isto, o objetivo era demonstrar que a culpa o impedia de seguir em frente, ficava centrado neste sentimento negativo, enquanto que a responsabilidade promovia a mudança, era possível no futuro poder escolher ter comportamentos mais ou menos responsáveis sendo que, comportamentos mais responsáveis tinham menor probabilidade de ter como consequências resultados negativos. Posto isto, a adesão foi bastante boa por parte do cliente. Sessão após sessão era cada vez mais fácil falar destas questões e a sua forma de olhar para a situação ia mudando. Olhava com a perspectiva de que foi irresponsável, mas que podia e merecia escolher ser mais responsável. Ajudou a criar um distanciamento, acabando por se refletir também na sua ambivalência. Mantinha falta de envolvimento, mas a sua vontade de querer abandonar o Centro e voltar a casa tinha deixado de se manifestar. Digamos que, no início havia uma parte que queria ficar e uma outra que queria abandonar e voltar a casa, ao conforto das pessoas próximas. Com o passar do tempo houve um reequilibrar do sistema. Próximo do final era já possível trabalhar a sua autonomia e independência. Olhava para o futuro com vontade de investir no seu desenvolvimento, sentia que não poderia voltar a trabalhar em áreas profissionais que dependessem das funções musculoescléticas e por essa mesma razão queria investir na sua formação (aumentar as habilitações literárias). Após terminar o PHRNP foi ainda acompanhado durante o seu percurso numa formação, também ela do Centro. Nessa altura foi apenas feito um trabalho de *follow up*, de monitorização do seu percurso na formação e de preparar o encaminhamento.

## Treino cognitivo

Nas sessões de treino cognitivo, os objetivos passaram por, nas sessões de psicoeducação, promover a tomada de consciência e reconhecimento das suas limitações cognitivas resultantes da lesão e das estratégias de compensação.

Nas sessões de computador e de treino de mesa o objetivo central foi trabalhar os défices cognitivos apresentados através de exercícios de estimulação. Os exercícios realizados no *RehaCom*<sup>®</sup>: (1) atenção e concentração; e (2) memória verbal. Nos exercícios de papel e lápis o treino foi focado em tarefas de: (1) atenção (dividida, seletiva e sustentada); (2) memória (visual e verbal); (3) funções executivas (abstração, cálculo, raciocínio lógico, controlo inibitório e planeamento e organização); e (4) pensamento convergente e pensamento generativo (criatividade e flexibilidade cognitiva).

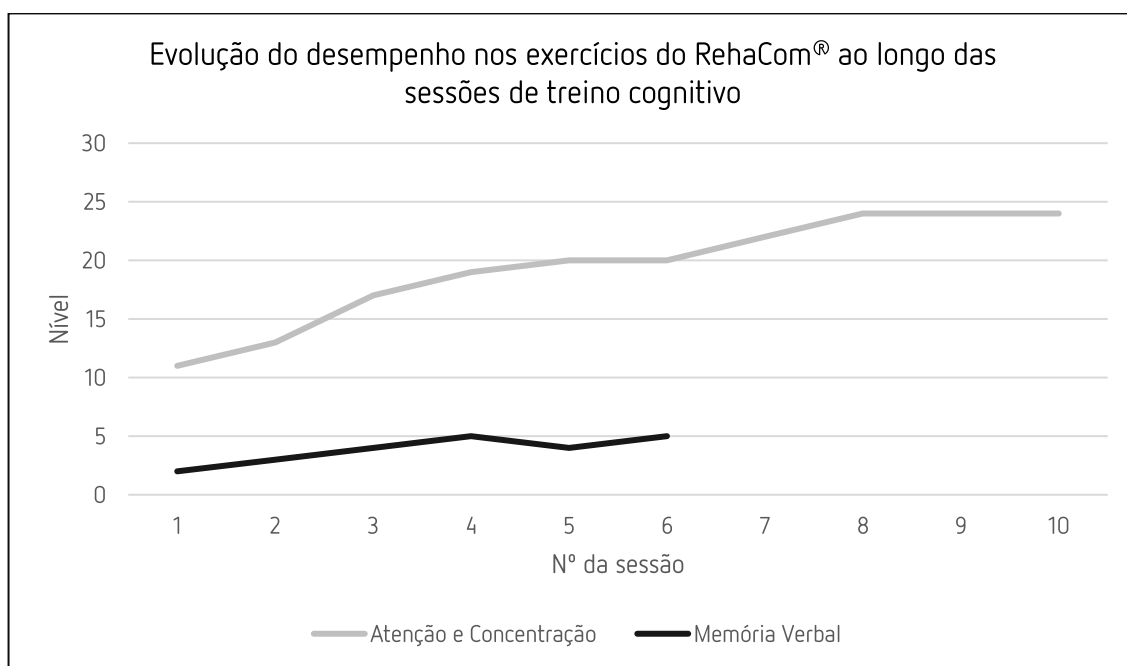


Figura 2. Gráfico da evolução do desempenho nos exercícios do *RehaCom*<sup>®</sup> ao longo das sessões do treino cognitivo do cliente A4

No treino cognitivo, como referido anteriormente, foi dada prioridade ao treino da atenção e concentração e da memória verbal. Como pode ser visto através da figura 2, o cliente apresentou melhoria em todas as sessões, salvo raras exceções. Nas sessões onde os

resultados não revelavam melhoria era possível observar que eram dias marcados por falta de envolvimento, resultante da labilidade emocional do cliente.

Por vezes, estas sessões serviam ainda, de forma individualizada, para promover a consciência de como a sua labilidade emocional o impedia de estar envolvido nos exercícios e como isso prejudicava os seus resultados. Neste sentido, o trabalho passava também por promover a consciência do seu estado, motivá-lo para o objetivo final que era melhorar os défices apresentados. No caso do cliente, e tendo em conta as suas dificuldades, foi dada prioridade ao treino da atenção e concentração e memória.

## **Treino de competências interpessoais**

Nestas sessões era objetivo trabalhar as suas competências de relacionamento interpessoal. Na sua vida, manifestou sempre dificuldades em lidar com limites e regras. O foco era trabalhar a sua assertividade, o respeito pelo outro, fazer perceber que existem limites e regras e devem ser tidos em conta para se viver em sociedade. Por vezes, tinha dificuldade no autocontrolo e dava origem a situações constrangedoras com alguns elementos do grupo. Havia um humor característico seu que era bem acolhido no grupo, no entanto, em algumas situações excedia os limites, acabando por haver o afastamento por parte do grupo, levando-o ao isolamento. Em algumas das sessões individuais de Psicologia houve lugar para a autoscopia, em que foi possível visualizar o filme de algumas das sessões de grupo, procurando promover no cliente consciência das suas dificuldades, identificando estratégias para melhorar o autocontrolo. Nestas sessões, identificou as consequências relacionais da impulsividade e as estratégias para melhorar o autocontrolo (e.g. ser mais ponderado, avaliar melhor as situações, perceber que nem tudo o que é pensado pode ser dito, entre outros.) Ao longo do programa foi estando cada vez mais integrado no grupo, cada vez menos isolado.



## **Encaminhamento**

Após terminar o seu percurso no PHRNP, foi encaminhado para uma formação de curta duração em Assistente Administrativo a decorrer no Centro. Esta etapa fez parte de um projeto de reconversão profissional que passaria por procurar uma oportunidade de estágio perto da sua área de residência.

## **Reflexão**

Foi um caso desafiante, como referido anteriormente. No início revelou dificuldade em confiar, pelo que foi importante criar um espaço seguro para que se sentisse com capacidade para partilhar o seu sofrimento. Foram sentidas dificuldades da parte do estagiário. Era um jovem com idade próxima da sua e que se encontrava a passar por toda aquela situação de sofrimento. Havia identificação do estagiário com as problemáticas, até porque os papéis poderiam perfeitamente estar invertidos. À medida que o cliente foi sentindo que podia exprimir as suas emoções e pensamentos negativos foi havendo abertura para maior partilha. Na relação terapêutica podia exprimir tudo isso sem que recebesse o mesmo em troca, havia entendimento da outra parte, sem julgamento.

Para o estagiário foi extremamente gratificante ver o crescimento do cliente. Era sentido que este tinha aderido bem à terapêutica. No entanto, não foi conseguido atingir o objetivo de melhorar a sua labilidade emocional e ainda havia alguma dificuldade em assumir compromissos.



## Reflexão final

Findada esta etapa é tempo agora de refletir, mas antes disso é tempo de olhar para como tudo começou. Há cerca de um ano e meio, numa visita ao Centro tive oportunidade de assistir a uma sessão final de um dos grupos que terminava naquele momento o seu trajeto no PHRNP. Naquele momento, houve qualquer coisa de especial, talvez a forma como a vida daquelas pessoas tinha mudado de um momento para o outro sem que nada o fizesse prever. Recordo-me de um caso em especial de alguém que tinha idade não muito diferente da minha e dei por mim a pensar “E se fosse comigo?”. Desde essa altura que tive a vontade de querer trabalhar junto de indivíduos com este tipo de características. Os momentos que antecederam o início desta etapa foram de algum receio, alguma angústia, de muita incerteza. Havia o medo de falhar, o medo de não estar preparado para o que iria encontrar. No momento em que me foi apresentado o caso clínico que iria acompanhar fiquei bastante reticente. Era o primeiro caso, havia o medo de ter dificuldades em estabelecer a relação terapêutica, de em algum momento me identificar com as problemáticas do cliente, podendo ser difícil estabelecer distância suficiente para não interferir na relação.

Quando começou, as pessoas que encontrei foram extremamente acolhedoras e disponíveis para ajudar na integração ao Centro. A equipa foi sendo uma fonte de conhecimento e sabedoria com a qual foi possível partilhar dúvidas e receber apoio.

Durante as primeiras sessões de grupo era tempo de aprender como era o funcionamento do programa e de estabelecer relação com os clientes do grupo, tendo sido extremamente prazerosa a forma como a relação foi sendo cada vez de maior união. Nas sessões individuais era tempo de pôr em prática o que tinha sido aprendido na teoria, mas não era suficiente, há coisas que não se aprendem nos livros. Era necessário recorrer à experiência de quem vive de perto esta realidade há muito tempo e que conta já com um longo período de prática, tendo sido a Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra e a Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias grandes fontes de suporte e de partilha de conhecimento.

A passagem pelo Centro e o percurso realizado no estágio possibilitou a aprendizagem/prática de técnicas de entrevista nos acompanhamentos individuais, da LCA e das suas implicações na vida dos indivíduos, da importância de um modelo holístico da

intervenção junto desta população, competências de avaliação, o contacto com o mundo do trabalho, o aprender a trabalhar em equipa e o desenvolvimento de competências relacionais.

O acompanhamento nas sessões individuais de Psicologia mostrou que não temos a capacidade de mudar a vida do outro, que é importante haver disponibilidade do cliente. Num dos casos senti dificuldade, uma vez que, o cliente parecia não aderir, deixando que, inicialmente, mudasse a minha postura face a si, até que percebi que era importante continuar o trabalho com o mesmo envolvimento que nos é pedido sempre, percebi que os clientes se não estão disponíveis nem sempre é por não haver vontade ou querer, existem dificuldades e barreiras que para eles são difíceis de ultrapassar. Nesse momento, senti que não podia desistir do caso, tinha sim de me envolver mais, afinal de contas o nosso objetivo também é desbloquear essas barreiras. Foi um momento em que me confrontei com um sentimento de incapacidade, nós não somos capazes de mudar o mundo, não temos esse poder. Os outros casos foram desafiantes pela forma como em algumas situações me deixava envolver com as problemáticas, sem conseguir o distanciamento necessário. Foi uma das maiores dificuldades sentidas a par das dificuldades em alguns momentos da intervenção e a dificuldade em dominar com facilidade a linguagem clínica. Senti que faltava algum conhecimento e treino, mas talvez seja essa a razão que nunca me levará a ficar saturado deste trabalho, não há um conhecimento findável, a aprendizagem é constante.

Com a identificação de algumas problemáticas apresentadas pelos clientes, tive a noção de que é importante também o terapeuta estar bem para poder ajudar o outro, caso contrário, poderá haver contaminação da relação terapêutica.

No final, somos capazes de observar a melhoria dos clientes, fica a certeza de que houve dificuldades, mas também foi possível ajudar a que as coisas se tornassem melhores.

## Bibliografia

- Almeida, I., Guerreiro, S., Martins-Rocha, B., Dores, A., Vicente, S., Barbosa, F., & Castro-Caldas, A. (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologica*, 61-74.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Revista Psiquiatria Clínica*, 139-146.
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of Holistic Neuropsychological Rehabilitation: Outpatient Rehabilitation of Traumatic Brain Injury*. New York: Oxford University Press.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. Em R. Wood, *Neurobehavioral Sequelae of Traumatic Brain Injury* (pp. 194-215). New York: Taylor and Francis.
- Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E. B., Ross, B., Silver, S., . . . Ezrachi, O. (1985). Neuropsychologic Rehabilitation: Quest for a Holistic Approach. *Seminar in Neurology*, 252-259.
- CRPG. (s.d.). *Programa de Estimulação do Funcionamento Executivo*. Gaia - Manual Interno: CRPG.
- Gargallo, B. (s.d.). *PIAAR-R: Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade*. CEGOC-TEA, Lda.
- Lezak, M. D. (1982). The Problem of Assessing Executive Functions. *International Journal of Psychology*, 281-297.
- Lezak, M. D. (1987). Relationships between personality disorders, social disturbances, and physical disability following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 57-69.
- Lezak, M. D. (1988). Brain Damage is a Family Affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 111-123.

- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Malec, J. (2001). Impact of comprehensive day treatment on societal participation for persons with acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 885-895.
- Prigatano, G. P. (1992). Personality Disturbances Associated With Traumatic Brain Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 360-368.
- Wilson, B. (2003). The theory and practice of neuropsychological rehabilitation: an overview. In W. B., *Neuropsychological rehabilitation - theory and practice* (pp. 1-10). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 141-162.
- Wilson, B., Gracey, F., Evans, J., & Batterman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge: Cambridge University Press.

## Anexos





## Anexo A- Apresentação na Unidade Curricular

### Dados Sociobiográficos

- DN: 27 de janeiro de 1993 (25 anos);
- Tem o 9º ano (desinteresse pela escola com reprovações no 2º e 5º ano);
- Termina os estudos aos 16 anos (independência financeira e gravidez da companheira);
- Vários empregos, mas nenhuma o cativa suficientemente (bate-chapas, PizzaHut, pastelaria, hotel);

### Relações Significativas

- Relação de proximidade com os pais (mãe 45/pai 46), avó (84), irmão (21) e filha (7);
- Conflito e confronto físico com pai (gravidez);
- Relação amorosa que termina após o acidente;
- Pouco contacto com mãe da filha;
- Boa relação com a mãe da filha após acidente;
- Deixa de ter contacto com, praticamente, todos os amigos;

## História Clínica

- TCE grave com politraumatismos (21);
- Avaliação Neuropsicológica
  - *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)* - Funções Cognitivas;
  - *Teste D2* - Atenção e Concentração;
  - *INECO Frontal Screening* - Funções Executivas;
  - *Wechsler Memory Scale (WMS III) / Figura Complexa de Rey* - Memória;
  - *Token Test* - Compreensão da Linguagem;
  - *HADS* - Estabilidade Emocional;
  - *QOLIBRI* - Qualidade de Vida;

## História Clínica

- TCE grave com politraumatismos (21);

Cognitivas

Sensoriais/Preceptivos

Alterações Físicas

Estado Emocional

Comunicação

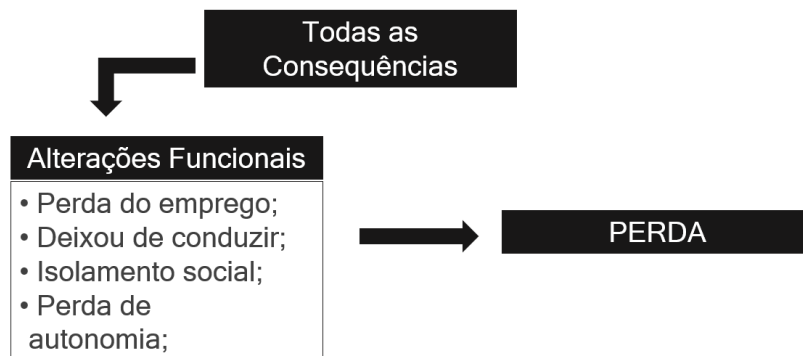
## História Clínica

- TCE grave com politraumatismos (21);

Cognitivas	Sensoriais/Perceptivos	Alterações Físicas	Estado Emocional	Comunicação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção (dividida)/concentração;</li> <li>• Memória;</li> <li>• Controlo inibitório;</li> <li>• Capacidade de abstração;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetraparésia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flutuações de humor;</li> <li>• Raiva;</li> <li>• Culpa;</li> <li>• Tristeza;</li> </ul>	

## História Clínica

- TCE grave com politraumatismos (21);

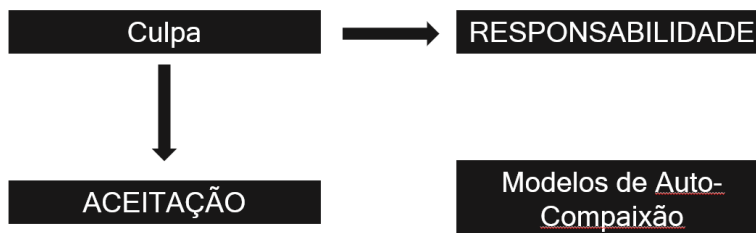


## Objetivos Preliminares

- Autonomia;
- Responsabilidade;
- Rever projetos futuros tendo em conta as suas limitações;

## Intervenção

- Trabalhar a culpa e a raiva;



## Objetivos Específicos

- Estabelecer objetivos e assumir o compromisso;
- Promover a adequação social;

Acompanhamento Individualizado/  
Relações Interpessoais

1h/2x por semana

- Compensar as dificuldades cognitivas;

Treino Cognitivo

1:45h/2x por semana

## Intervenção

- Psicoeducação e estratégias para manter o seu foco no objetivo final;
- Treino de estratégias de regulação emocional;

Intervenção nas Dificuldades Sociais

- Psicoeducação face à lesão cerebral e respetivas consequências;
- Exercícios de estimulação cognitiva;
- Aprendizagem de estratégias de compensação;

Intervenção Cognitiva



## Anexo B – Programa individual de reabilitação de DR

### Plano de Reabilitação para a Vida Ativa e Profissional

Nome	DR
------	----

#### 1. Impactos da doença na funcionalidade e potencial de desenvolvimento

*(Referência ao evento ocorrido, às limitações funcionais dele decorrentes, aos impactos nas várias dimensões de vida da pessoa; referência sumária, mas esclarecedora ao potencial de recuperação/desenvolvimento das dimensões da funcionalidade afetadas.)*

O DR tem atualmente 24 anos, reside com os pais, o irmão e a avó paterna. Frequentou a escola até aos 16 anos e concluiu o 9º ano de escolaridade; atualmente encontra-se desempregado.

Sofreu acidente de viação em 2014 do qual resultou TCE grave e politraumatismo. Tetraparésias de predomínio direito, MSD sem funcionalidade (Dextro), alterações nas funções mentais (cognitivas, emocionais e de comportamento).

A idade jovem e motivação para integrar o programa são fatores de potenciadores da recuperação das dimensões da funcionalidade afetadas.

#### 2. Projeto de reabilitação e reintegração na vida ativa e profissional

*(Formulação das metas de reintegração social e profissional, como aplicável, descritas de forma tópica e sequencial, se aplicável, bem como às dinâmicas de reabilitação necessárias para o viabilizar)*

Tendo em conta as necessidades identificadas torna-se pertinente a participação no programa de reabilitação neuropsicológica, com a duração de 600 horas, e visando o/a:

- aumento da consciência de si e compreensão da sua condição;
- aprendizagem de estratégias compensatórias das funções mentais em défice e estimulação cognitiva para otimização das competências preservadas;
- Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional e ajuste comportamental.
- promoção de uma marcha segura, aumento da resistência à fadiga com vista à autonomia e independência na sua deslocação.

### 3. Intervenções

(Descrição das atividades a implementar para operacionalizar o projeto de reabilitação e reintegração, como aplicável, referindo os domínios/fases da intervenção e os objetivos associados a cada domínio/fase e as durações respetivas. Identificação dos domínios, objetivos e durações (em caixa) no caso de RAC e noutras situações em que se considere aplicável.)

Domínios	Objetivos	Duração
Orientação para o desempenho	A. Aprendizagem e treino de estratégias de compensação. B. Ativar estratégias de <i>coping</i> , C. Desenvolver capacidade de autoavaliação.	50 h
Comunicação e relações interpessoais	D. Desenvolver competências de comunicação interpessoal.	75 h
Autonomia no quotidiano	E. Desenvolver competências para a realização autónoma das atividades de vida diária	125 h
Competências para a vida diária	F. Promover o bem-estar físico através da prática de atividade física adaptada G. Aprendizagem das tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	100 h
Reabilitação cognitiva Acompanhamento psicológico Fisioterapia	H. Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional e ajuste comportamental. I. Manutenção da recuperação físico-funcional.	125 h
Experiências de trabalho	J. Desenvolver ritmos e posturas de trabalho adequadas	125 h

### 4. Calendarização

Data de início:

Data prevista de conclusão:

### 5. Monitorização e avaliação

(Descrição dos momentos de monitorização e de avaliação, indicando quando ocorrerão, quem intervém e como se realizarão; referência ao reporte a ocorrer, quando aplicável.)

A monitorização do programa ocorre bimestralmente, envolvendo o gestor de caso do centro e o cliente. A avaliação da participação no programa e dos resultados concretizados ocorrerá até 15 dias após conclusão do plano, envolvendo o gestor de caso, o cliente e a família.

Data

Cliente

Centro



## Anexo C – Plano operacional de DR

### Plano Operacional

Dados Gerais	
Cliente: DR	Nº:
Data de início:	
Data de fim:	

Percurso de Formação

Objetivo Específico	Atividades	Duração	Periodicidade
Melhorar força muscular; Melhorar padrão de marcha;	Exercícios dinâmicos do colchão; Mobilização poliarticular dos membros; Pedaleira e passadeira	1h45	2x semana
Promover a prática de atividade física adaptada. Promover a coordenação de movimentos, planeamento e sequenciação motora; Promover o aumento da consciência do corpo e da respiração.	Estratégias de relaxamento e controlo do stresse. Exercícios de coordenação, equilíbrio, movimento e jogos lúdicos	1h45	Uma vez por semana
Promover maior conhecimento da sua labilidade emocional que o impediam de assumir um compromisso	Psicoeducação e estratégias para manter o seu foco no objetivo final	?	Duas vezes/semana
Promover uma melhor gestão das suas emoções	Alterar a forma como via a sua história (sentimento de culpa e raiva)	?	Duas vezes/semana

## Avaliação Final

Objetivos Específicos	Evidências	Nível de concretização <sup>1</sup>	Recomendações
Melhorar força muscular; Melhorar padrão de marcha;	Verificaram-se melhorias significativas na força muscular, equilíbrio e padrão de marcha.	3	Sugere-se que mantenha os tratamentos de fisioterapia.
Promover a prática de atividade física adaptada. Promover a coordenação de movimentos, planeamento e sequenciação motora; Promover o aumento da consciência do corpo e da respiração.	Verifica-se uma melhoria ao nível da mobilidade, agilidade e força muscular. Ajusta corretamente o comportamento e as estratégias para realizar os exercícios corretamente. Realiza as técnicas respiratórias com sucesso.	3	Prática de atividade física regular.
Estabelecer um objetivo e assumir o compromisso	Apesar de, por vezes ser difícil manter o compromisso arranhou forma de se contrariar. Além disso, de forma autónoma acabou por querer estabelecer novos objetivos futuros (hab. literárias)	2	Manter a sua auto-motivação sempre com o foco no objetivo
Gestão emocional	Conseguiu alterar a forma como via alguns acontecimentos o que, por sua vez, levou a uma melhor gestão emocional (dominância diminui, a forma como a emoção o "controlava")	2	Manter e estimular a forma de pensar mais adaptativa

<sup>1</sup> O nível de concretização é atribuído de acordo com a seguinte escala: **3** = Resultado alcançado correspondeu totalmente ao esperado; **2** = Resultado alcançado correspondeu parcialmente ao esperado; **1** = Resultado alcançado claramente aquém do esperado. A taxa média de concretização corresponde à média ponderada das classificações por ação.

Técnico

Cliente

Data

# DR

## PROBLEMA

Síndrome da Descontinuidade

## SOLUÇÃO

Assumir o compromisso

## ESTRATÉGIAS

- Definir objetivos claros e realistas
- Criar um plano com vista a alcançar os objetivos
- Estabelecer etapas
- Monitorizar