

Relatório de Estágio

Parte I

Sofia Alexandra Pacheco Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, fevereiro de 2023

Sofia Alexandra Pacheco Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Relatório de estágio

Parte I

Trabalho realizado sob a Orientação da Professora Doutora Joana Soares

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Sofia Alexandra Pacheco Alves, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências de 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 o 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

Aos meus pais.

Ao meu irmão.

À minha orientadora de estágio.

À Dra. Joana Soares.

A toda a equipa do local de estágio.

À Joana.

À Marta.

Ao Celso.

Lista de abreviaturas e Siglas

LPAA - Life Participation Approach to Aphasia

SPA – Grupo de Apoio a cuidadores

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

TDR – Teste do Relógio

INECO/IFS – INECO Frontal Screening

WAIS - Escala de Inteligência para Adultos

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão

AVC – Acidente Vascular Cerebral

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

APP – Afasia Progressiva Primária

FE – Funcionamento Executivo

BADS - Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome

Índice

Índice de tabelas.....	VII
Índice de figuras.....	VIII
Índice de anexos	IX
Introdução	1
Caraterização da instituição	2
Caraterização do local de estágio	2
Afasia	4
Cognição e Afasia.....	
Afasia Progressiva Primária	7
Papel do psicólogo na instituição	8
Descrição das atividades de estágio	10
Cronograma das atividades executadas durante o estágio	10
Reuniões.....	10
Reuniões de orientação e supervisão	10
Observação de consultas	10
Avaliação Neuropsicológica	11
Atividades de grupo realizadas	15
Outras atividades desenvolvidas durante o estágio	15
Consulta Neuropsicológica individual.....	17

Consulta Psicológica individual.....	22
Reavaliação Neuropsicológica.....	23
Caso clínico N.....	23
Conclusão.....	37
Referências bibliográficas	38
ANEXO A	47
ANEXO B	49
ANEXO C	56
ANEXO D	62
ANEXO E	67
ANEXO F.....	78
ANEXO G.....	82
ANEXO H.....	86
ANEXO I	103
ANEXO J.....	108
ANEXO L	111
ANEXO M.....	113
ANEXO N.....	116
ANEXO O.....	124

Índice de tabelas

Tabela 1. Cronograma das atividades executadas durante o estágio.....	10
Tabela 2. Avaliações neuropsicológicas e psicológicas durante o período de estágio.....	13
Tabela 3. Casos clínicos de acompanhamento individual.....	20
Tabela 4. Rastreio cognitivo de N.....	29
Tabela 5. Aprofundamento do rastreio cognitivo de N.....	29
Tabela 6. Rastreio emocional de N	30
Tabela 7. Resumo do perfil de resultados (BADS)	31

Índice de figuras

Figura 1. Genograma da família de N	27
--	----

Índice de anexos

Anexo A. Tabela: Domínios linguísticos em afasias não fluentes e fluentes	58
Anexo B. Exercícios de Estimulação Cognitiva: Memória	60
Anexo C. Exercícios de Estimulação Cognitiva: Atenção	67
Anexo D. Exercícios de Estimulação Cognitiva: Linguagem	73
Anexo E. Exercícios de Estimulação Cognitiva: Funcionamento Executivo.....	79
Anexo F. Exercícios de Estimulação Cognitiva: Capacidades visuoconstrutivas e visuoespaciais	90
Anexo G. Atividade para Grupo Essencial.....	94
Anexo H. Jogos de Estimulação Cognitiva	98
Anexo I. Relatório Neuropsicológico sob orientação da orientadora informal	115
Anexo J. Nota clínica sob orientação da orientadora informal	120
Anexo L. Powerpoint: Introdução ao Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2	123
Anexo M. Powerpoint para o Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2 (psicoeducação).....	125
Anexo N. Material para avaliações neuropsicológicas informais.....	129
Anexo O. Powerpoint: Atividade para Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2	137

Introdução

O estágio curricular é a etapa que permite colocar em prática os conhecimentos previamente adquiridos durante o percurso académico, assim como, a fase que nos coloca e obriga a sair da nossa zona de conforto, contribuindo para um enriquecimento profissional e pessoal.

O presente relatório de estágio tem como objetivo a descrição detalhada da experiência no estágio curricular. Relativamente à sua estrutura, este encontra-se dividido em três grandes tópicos, sendo eles a caracterização da instituição e ao papel do psicólogo na mesma, a descrição das atividades realizadas durante o estágio, como avaliações, reuniões, formações, sessões individuais neuropsicológicas e psicológicas, sessões de grupo e finaliza-se com a conclusão, em jeito de reflexão final acerca desta experiência.

O estágio realizou-se numa instituição, sob orientação de uma neuropsicóloga do local de estágio e supervisão da Dra. Joana Soares. O estágio teve início a 20 de setembro de 2021 a 28 de julho de 2022. No primeiro semestre o horário semanal definido era às segundas das 9h à 13h, terças das 9h às 16h e quinta das 9h às 13h. No segundo semestre, os dias de estágio permaneceram às segundas, terças e quinta e ocasionalmente às quartas e sextas, com avaliações ou observação participante em consulta de psicologia.

1. Caracterização da instituição

1.1 Caracterização do local de estágio

O estágio curricular foi realizado numa instituição não governamental, que surgiu da preocupação com o nível de participação das pessoas com deficiência na sociedade, ou seja, não se foca apenas nos défices, mas também nas consequências dos défices, na qualidade de vida e bem-estar. A instituição foi fundada por uma terapeuta da fala, cujo principal objetivo é a melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia e dos seus familiares, com base numa abordagem holística e biopsicossocial (x).

Esta instituição trouxe para Portugal abordagens terapêuticas inovadoras, que permitem minimizar o impacto psicossocial da afasia. As terapias realizadas inserem-se no modelo Life Participation Approach to Aphasia (LPAA). Trata-se de um modelo com uma abordagem de prestação de serviços orientada ao consumidor que apoia indivíduos com afasia e outras pessoas afetadas por ela a alcançar os seus objetivos de vida imediatos e a longo prazo e tem como foco o reinvestimento na vida, começando com a avaliação e intervenção, após a alta hospitalar e prolonga-se até que o paciente sinta que não precisa de suporte na comunicação. Além disto, a pessoa com a afasia encontra-se no centro de todas as decisões e define e participa no design da intervenção. Nesta abordagem as pessoas com afasia são encorajadas a focarem-se em objetivos reais de vida. LPAA apresenta cinco valores, que servem de guia para a avaliação, intervenção e pesquisa, sendo eles, o aprimoramento da participação na vida, ou seja, até que ponto a pessoa com afasia consegue atingir as metas de participação na vida e até que ponto a afasia impede a realização desses objetivos e melhorar a curto e longo prazo o reinvestimento nas atividades da vida diária. O segundo valor concerne ao direito a serviços a todos afetados pela afasia, isto é, familiares e pessoas próximas. O terceiro valor diz que as medidas de sucesso incluem mudanças documentadas para melhorar a vida, ou seja, a LPAA exige a utilização de medidas que avaliam a qualidade de vida e o grau em que pessoas com afasia atingem as suas metas de participação na vida. O quarto valor refere fatores pessoais e sociais como alvo de intervenção e por último, o quinto valor, menciona a disponibilidade de serviços conforme necessário em todas as fases da afasia, ou seja, as pessoas com afasia decidem quando querem parar ou reingressar o tratamento (Elman et al., 2000).

O primeiro contacto com a instituição é realizado através de uma sessão de acolhimento focada na pessoa com afasia, que tem como objetivo de fornecer informações sobre a instituição, perceber as necessidades da pessoa, o seu suporte social, assim como, se a família estará envolvida no processo. Após a sessão de acolhimento é feita uma avaliação aprofundada nas áreas da Neuropsicologia e Terapia da Fala, sendo que ao longo da avaliação permite também perceber a componente emocional. Depois de recolhidas todas as informações é marcada a Reunião de Decisão, que pretende devolver os resultados das avaliações e soluções, que são debatidas pela equipa, pessoa com afasia, principais cuidadores e/ou familiares, de forma a elaborar um Plano Terapêutico.

A intervenção pode incluir sessões Individualizadas de Terapia da Fala, Psicologia e/ou Neuropsicologia para a pessoa com afasia, mas também para os cuidadores/familiares e ou amigos das pessoas com afasia, sessões individualizadas de Treino de Comunicação, que também podem envolver os cuidadores/ familiares e ou amigos das pessoas com afasia), sessões conjuntas (Terapeuta da fala e Psicólogo), Apoio Psicológico e de Psicoeducação individualizado para cuidadores e/ou familiares, Programa Essencial x, Grupo de conversação (presencial ou online), Grupo de estimulação cognitiva e escrita, Grupo de comunicação Funcional, Grupo de comunicação Total, Challenge Days, Programa de Apoio a Cuidadores de Pessoas com APP (online), Grupo de Apoio a cuidadores (SPA) e entre outros, que podem ser realizados em regime presencial ou online.

A instituição também promove ações de sensibilização/informação sobre a afasia em diferentes contextos, realiza ações de capacitação dos interlocutores e contextos relevantes, ou seja, formações para profissionais de saúde, desenvolve materiais informativos que disponibiliza no site e no Facebook, colabora com instituições de ensino e investigação em projetos de investigação na área da afasia, desenvolvimento de campanhas anuais do mês da afasia envolvendo diversas plataformas de comunicação e organização de Jornadas científicas anuais.

1.2 Afasia

A afasia é uma perturbação da comunicação crónica, que resulta de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pela linguagem. Na maior parte dos casos a afasia ocorre devido a um acidente vascular cerebral (AVC), contudo também pode acontecer em casos de traumatismo cranioencefálico (TCE), tumor cerebral e entre outros (Dias et al., 2018; Damásio, 1992).

As funções da linguagem são mediadas pelo hemisfério cerebral esquerdo na maioria dos indivíduos, ou seja, o hemisfério dominante na área da linguagem (Benson & Ardila, 1996, cit in Wilson, 2003). São raros os casos, em que o hemisfério dominante da linguagem é o direito, contudo em casos em que a lesão é do lado direito é denominado de afasia cruzada (Damásio, 1992). O hemisfério cerebral direito contribui para aspetos adicionais das capacidades de comunicação, como o processamento do discurso, linguagem figurada (expressões idiomáticas, humor) e prosódia (Myers, 1999, cit in Wilson, 2003). Ou seja, lesões no hemisfério direito também podem resultar em pequenas alterações na comunicação.

A afasia caracteriza-se por dificuldades na fala, compreensão, leitura e escrita, contudo não se traduz apenas em dificuldades em sinais auditivos, mas também em sinais visomotores. Vários aspetos da linguagem ficam afetados, como a sintaxe, o léxico e a morfologia, sendo que normalmente mais do que um destes aspetos se encontra comprometido. É um distúrbio no processamento linguístico, ou seja, uma rutura dos mecanismos de tradução do pensamento para a linguagem. Logo, não deverá ser confundido com um distúrbio da perceção, como na surdez, que não compromete a compreensão da linguagem através da visão e do tato. Para além disso, vários estudos têm demonstrado a existência outros défices cognitivos para além dos de processamento linguístico (Damásio, 1992; Fonseca et al., 2016, cit in Dias et al., 2018; Wilson, 2003).

Frequentemente, também ocorrem outras alterações, como a alexia (incapacidade ou perda parcial ou total da capacidade de leitura), agrafia (incapacidade ou perda parcial ou total da capacidade de escrita), pois estas funções ortográficas são também mediadas pelo hemisfério esquerdo (Wilson, 2003). A disartria (alteração na articulação dos sons da fala) também pode ocorrer concomitantemente com a afasia (Damásio, 1992).

Dentro das afasias pode-se dividir entre afasias fluentes e afasias não-fluentes. As afasias fluentes englobam a Afasia de Condução, Afasia Anómica, Afasia de Wernicke e Afasia

Transcortical Sensorial. As afasias não fluentes englobam a Afasia de Broca, Afasia Global, Afasia Transcortical Motora e Afasia Transcortical Mista (Dias et al., 2018; Wilson, 2003).

A afasia de Wernicke é o tipo de afasia fluente mais comum, frequentemente localizada na porção posterior da 1ª circunvolução angular, a 2ª circunvolução temporal e região parietal também podem estar envolvidas. As características principais são a grave compreensão da linguagem oral, discurso fluente, por vezes excessivo, sem significado, devido à falta de substantivos e excessos de parafasias (produção involuntária de sílabas), incapacidade de nomeação e repetição. Para além disso, este tipo de afasia é marcado por neologismos, não reconhecimento de erros e leitura e escrita alteradas (Dias et al., 2018).

Na afasia de Condução a lesão envolve a substância branca, especificamente no feixe arqueado. Neste tipo de afasia, a capacidade de repetição encontra-se alterada, com parafasias fonológicas, discurso fluente, boa articulação verbal, características normais da sintaxe e da morfologia, prosódia mantida, nomeação alterada, compreensão da linguagem oral preservada, reconhecimento e correção dos próprios erros de produção, leitura em voz alta perturbada, compreensão de leitura mantida e escrita perturbada (Dias et al., 2018).

A afasia Transcortical Sensorial normalmente observa-se em lesões na região tempoparietal e caracteriza-se por uma capacidade de repetição preservada, ecolalia, discurso fluente, com presença de parafasias, frases adequadas do ponto de vista da extensão, sintaxe e prosódia, nomeação alterada, compreensão da linguagem oral perturbada, erros não reconhecidos, leitura em voz alta mantida, compreensão da leitura muito alterada e escrita alterada (Dias et al., 2018).

A afasia Anômica normalmente observa-se em lesões na circunvolução angular esquerda e na segunda circunvolução temporal (Hedge, 2001, cit in Dias et al., 2018). Este tipo de afasia caracteriza-se por alterações na nomeação, discurso fluentes, com pausas anômicas e circunlóquios, prosódia mantida, capacidade de leitura em voz alta mantida, compreensão da linguagem oral mantida e na escrita surgem dificuldades observadas na nomeação (Dias et al., 2018).

A Afasia de Broca ocorre no hemisfério dominante da linguagem (hemisfério esquerdo), na área de Broca, sendo que pode estender-se até às áreas frontoparietais. Esta afasia caracteriza-se por um discurso não fluentes, telegráfico, disprosódico, frequentemente disártrico, com comprometimento da fluência, nomeação, repetição e compreensão de frases complexas e com

parafasias (predominantemente fonémicas). No entanto, as compreensões de frases simples mantêm-se preservada. Normalmente também ocorre alexia, agrafia, disartria e apraxia do discurso (Dias et al., 2018).

A Afasia Global é uma lesão tipicamente maior do que as afasias de Broca e Wernicke, envolvendo as zonas pré- e pós-rolândicas. Esta lesão tem um caráter cortical e sub-cortical nos lobos frontal, temporal e parietal. Este tipo de afasia distingue-se da afasia de Broca pela gravidade das dificuldades de compreensão, mesmo em frases simples e palavras isoladas. Ou seja, na afasia global a compreensão, nomeação, repetição, fluência, leitura e escrita encontram-se alteradas. Indivíduos com afasia global podem apresentar uma produção de caráter estereotípico, que podem ser lexicais (sim) ou não lexicais (tan tan) (Castro-Caldas, 2014, cit in Dias et al., 2018). Nestes casos também pode surgir outras dificuldades, como alexia e agrafia (Hillis, 2007, cit in Dias et al., 2018).

Esta perturbação apresenta um impacto psicossocial significativo em vários domínios da vida das PCA, que muitas vezes se encontram associados a depressão, autoestima, estigma, relacionamentos, mudanças de papéis, impacto nos cuidadores, efeitos psicológicos, identidade, funcionalidade e mudanças no estilo de vida. O estado psicoemocional das PCA e da sua rede de suporte, assim como, a integração familiar e social, o grau de envolvimento social e emocional são essenciais para o desenvolvimento e estruturação de estratégias de *coping* adaptativas e estratégias compensatórias para a vida diária. Para além disso, os distúrbios neuropsicológicos concomitantes, como os défices de atenção, memória e os distúrbios neurológicos, como hemiparesias, défices sensoriais, alterações no campo visual, incontinência influenciam diretamente as atividades do dia-a-dia e indiretamente os aspetos psicossociais (Herrmann, 1997).

1.3 Cognição e afasia

De acordo com Neisser (1967), a cognição são todos os processos pelos quais a entrada sensorial é transformada, reduzida, elaborada, armazenada, recuperada e usada. Bayles (2001) define a cognição como “aquilo que conhecemos e os processos que nos permitem adquirir e manipular informação” (Helm-Estabrooks, 2002).

Cada vez mais, estudos verificam que na afasia o processamento da linguagem encontra-se comprometido, assim como outras funções cognitivas (exemplo: atenção, memória e funções executivas), ou seja, que a variedade de sintomas observados não se explica somente por um

sistema linguístico comprometido. Contudo, ainda são escassos e pouco explorados os dados sobre outras disfunções cognitivas na afasia, para além da linguagem (Code & Herrmann, 2003; Damásio, 1992; Jefferies & Lambon Ralph, 2006; Murray, 2012; Purdy, 2002; Schumacher, Halai & Lambon Ralph, 2019; Villard & Kiran, 2017).

A cognição engloba cinco domínios principais, a atenção, a memória, funcionamento executivo, linguagem e capacidades visuoespaciais. Estes cinco domínios são recrutados e usados em graus variados durante o processo de reabilitação da afasia (Helm-Estabrooks, 2002). A atenção revela um particular interesse nesta perturbação, uma vez que, a atenção é das funções mais fundamentais, ou seja, é essencial para execução bem-sucedida de tarefas. Se estímulos, como imagens, palavras, sons ou frases não são entendidos devido a um défice atencional, o processamento, codificação e manipulação não será realizado com sucesso (Helm-Estabrooks, 2002; Villard & Kiran, 2017).

Os défices ao nível do funcionamento executivo, após uma lesão cerebral, provocam uma desvantagem social devastadora, que se revelam também grandes desafios para a reabilitação, pois este domínio cognitivo refere-se a um conjunto de capacidades ou processos necessários para a resolução eficaz de problemas, planeamento, organização, automonitorização, iniciação, correção de erros e regulação comportamental (Purdy, 2002; Wilson, 2003).

Os défices de memória, como memória a curto prazo, memória de trabalho e memória semântica, em PCA ocorrem frequentemente e têm sido explicados como uma consequência de a lesão ocorrer no hemisfério esquerdo e não propriamente como consequência da afasia (Beeson, Bayles, Rubens, & Kaszniak, 1993; Laures-Gore, Marshall, & Verner, 2011; Martin & Ayala, 2004, cit in Kasselimis, Simos, Economou, Peppas, Evdokimidis & Potagas, 2013; Jefferies & Lambon Ralph, 2006; Murray, 2012). Estas alterações podem afetar as capacidades de compreensão e produção de linguagem e consequentemente a reabilitação da afasia (Martin & Allen, 2008; Murray, Ballard, & Karcher, 2004; Seniow, Litwin, & Lesniak, 2009, cit in Murray, 2012).

1.4 Afasia Progressiva Primária

A **afasia progressiva primária (APP)** é uma demência focal caracterizada por uma perda isolada e gradual da função da linguagem, que é diagnosticada quando um distúrbio de linguagem

(afasia) é causado por uma doença neurodegenerativa progressiva. Este tipo de demência inicia-se com distúrbios na busca de palavras (anomia) e frequentemente progride para alterações na estrutura gramatical (sintaxe) e a compreensão (semântica) da linguagem. As APP podem ser fluentes ou não fluentes (Mesulam, 2001; Mesulam et al., 2008).

Existem 3 tipos de APP, sendo elas semântica, não fluente e logopénica. Na APP semântica estão presentes alterações graves na evocação lexical, nomeação, compreensão de uma única palavra e reconhecimento de objetos, a repetição, sons na fala estão mantidas e não acontecem erros na fala, a velocidade do discurso é mais rápida que nos outros tipos de APP. Na APP não fluente é comum distorção dos sons da fala, marcado com parafasias frequentes, redução significativa da velocidade de produção, discurso com bloqueios, erros sintáticos frequentes, nomeação e evocação alteradas, assim, como na compreensão de estruturas complexas e repetição. Na APP logopénica, a repetição encontra-se perturbada, marcado por uma redução global do discurso, contudo melhor que na APP não fluente, evocação lexical e sons da fala preservados (Gorno-Tempini et al., 2011).

1.5 Papel do psicólogo na instituição

O **papel do psicólogo** na instituição engloba avaliações psicológicas e neuropsicológicas, intervenção neuropsicológica em grupo e individual, intervenção psicológica individual à PCA e à sua rede de suporte, orientação e supervisão de estágio, ações de formação, desenvolvimento de trabalhos de investigação e desenvolvimento de materiais de suporte e planificação e organização de sessões individuais e atividades de grupo. Além disso, o psicólogo também potencia as atividades da vida diária (AVD) e promove psicoeducação ao paciente e seus familiares.

O termo “reabilitação” vêm da palavra “habilitação”, que significa “tornar capaz novamente”, contudo na maioria dos casos, as pessoas com lesões cerebrais não “retornam ao seu antigo eu”. A reabilitação neuropsicológica preocupa-se com a melhoria dos déficits cognitivos, sociais e emocionais causados por um dano ao cérebro (Wilson, 2003), assim como, com a restauração dos pacientes ao mais alto nível de adaptação física, psicológica e social alcançável, com o objetivo de reduzir o impacto das condições incapacitantes na vida quotidiana, permitir que atinjam uma integração social ideal e atingir os níveis ideais de bem-estar (Wilson, 1997; Wilson, 2003). A abordagem holística é recomendada, de forma a melhorar a participação pós-aguda e a

qualidade de vida (Ben-Yishay et al., 1985; Cicerone et al., 2005 – 2011, cit in Wilson et al., 2017) e pressupõem que os aspetos cognitivos, sociais, emocionais e funcionais da lesão cerebral não se separam, pois, a forma como nos sentimos afeta o comportamento e pensamento. As principais preocupações deste tipo de abordagem remetem para o aumento da consciência do indivíduo sobre o que aconteceu, aumento da aceitação e compreensão do que aconteceu, providenciar estratégias ou exercícios para reduzir problemas cognitivos, desenvolver capacidades compensatórias e prestar aconselhamento vocacional (Wilson et al., 2017).

A **Reabilitação cognitiva** envolve a identificação de formas de resposta às necessidades individuais, ou seja, foca-se em remediar, compensar, reduzir ou aliviar capacidades cognitivas em défice no dia a dia, através de estratégias, como por exemplo, auxiliares de memória (Clare & Woods, 2003; Sohlberg & Mateer, 2001; Wilson, 1997; Wilson, 2002). É uma abordagem individualizada, onde os profissionais de saúde trabalham com a pessoa com défice cognitivo e com a família, de forma a identificar objetivos pessoalmente relevantes e elaborar estratégias para lidar com esses problemas (Wilson, 2002). Já o **treino cognitivo** refere-se exclusivamente à prática guiada a um conjunto de tarefas, que refletem funções cognitivas específicas, como memória, atenção, linguagem ou função executiva em variados formatos e configurações (Clare & Woods, 2003; Platz, 2021; Sitzer et al., 2006). O treino cognitivo pode compreender tarefas computadorizadas, com softwares (Harvey et al., 2018; Hofmann et al., 1996) ou tarefas de papel e lápis (Faria et al., 2020; Parsons, 2006).

A **estimulação cognitiva** encontra-se mais relacionada com o envolvimento em atividades que requerem funcionamento mental, com menos formalidade na programação, comparativamente com outros tipos de treino cognitivo. Estas atividades de estimulação podem ser ativas ou passivas, como por exemplo discussão em grupo ou resolução de palavras cruzadas (atividades ativas) ou assistir a uma peça teatro, ouvir a leitura de uma poesia ou música (atividades passivas) (Yu et al., 2009).

2 Descrição das atividades de estágio

2.1 Cronograma das atividades executadas durante o estágio

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Consulta Neuropsicológica (Observação participante)	X	X	X								
Consulta Psicológica (Observação participante)					X	X	X	X	X	X	
Avaliações Neuropsicológicas e psicológicas (Observação participantes)	X	X	X	X	X	X	X	X			
Intervenção Neuropsicológica individual			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliações Neuropsicológicas e psicológicas									X	X	X
Challenge Day		X	X	X					X		X
Grupo Essencial			X	X		X	X	X	X	X	X
Grupo de Estimulação Cognitiva (Nível 2)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formação “Comunicar com pacientes/clientes que sabem mais do que o que conseguem dizer”, com base na Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA)	X										
Webinar - Afasia Progressiva Primária											X
Reuniões de orientação e supervisão	X	X	X	X		X	X	X	X	X	

Tabela 1

Cronograma das atividades executadas durante o estágio

2.2 Reuniões

2.2.1 Reuniões de orientação e supervisão

O estágio decorreu sob a orientação de uma neuropsicóloga da instituição. Ao longo do primeiro semestre, compreendido entre 21 de setembro a 20 de dezembro de 2021, as reuniões de orientação inicialmente realizavam-se semanalmente à quinta-feira, às 9h, passando depois a ser

dada uma orientação sem um horário fixo, mas de forma regular. O acompanhamento dado nestas reuniões tinha como finalidade a orientação de todas as atividades programadas, discussão de casos e avaliações, interpretação de resultados das avaliações, planeamento de sessões individuais e de grupo, correção e orientação do material elaborado para as sessões de treino cognitivo e estimulação cognitiva e entre outras.

O segundo semestre, compreendido entre 3 de janeiro a 28 de julho, foi orientado informalmente por outra neuropsicóloga da instituição. As reuniões de supervisão do estágio ocorriam, normalmente à terça-feira, após o Grupo de Estimulação Cognitiva (Nível 2) e às quartas-feiras através da plataforma do zoom, com o objetivo de planear as sessões de grupo, discussão de casos e avaliações, interpretação de resultados das avaliações, elaboração de relatórios clínicos e entre outros.

As reuniões de supervisão do estágio, com a **Dra. Joana Soares** ocorriam com uma frequência mensal, através da plataforma do zoom. Estas reuniões tinham como objetivo o esclarecimento de dúvidas, disponibilização de material e discussão de casos.

2.3 Observação de consultas

A observação participante de consultas Neuropsicológicas abrangeu os meses entre setembro e novembro com a orientadora de estágio. A observação de consultas de Psicologia abrangeu os meses entre janeiro e junho, com a orientadora informal.

Durante este período de observação foi possível assistir a consultas individuais de Neuropsicologia e Psicologia, sessões de grupo de Estimulação Cognitiva, Teleterapia, sessões de musicoterapia, sessões de Terapia da fala e avaliações formais e informais, com diferentes faixas etárias, diferentes défices/dificuldades e problemáticas.

2.4 Avaliação Neuropsicológica

Com o objetivo de compreender os perfis individuais de funções cognitivas é necessária uma avaliação neuropsicológica, contudo a maioria dos testes neuropsicológicos apresentam processamento e produção linguística, que os torna inválidos para esta população (Helm-

Estabrooks, 2002). Desta forma, é essencial perceber se a PCA adquire competências linguísticas suficientes para a aplicação de testes com demandas linguísticas.

Antes da avaliação Neuropsicológica e Psicológica, o terapeuta da fala avalia a linguagem através da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL). Este instrumento é a única bateria de avaliação da afasia para a população portuguesa, com intenção de diagnóstico e localizacionista/localização, onde estão incluídos vários domínios da linguagem, como o discurso, nomeação de objetos, compreensão auditiva, repetição de oito frases, palavras e séries de dígitos, leitura, escrita, praxias e compreensão não-verbal de gestos. Esta bateria detém uma Escala de gravidade e o Quociente de afasia (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986, cit in Dias et al., 2018).

A avaliação Neuropsicológica e Psicológica inicia-se com uma pequena anamnese, com o objetivo de perceber a história pessoal, familiar, social e clínica do paciente. Com estas informações consegue-se perceber o nível de suporte que a pessoa com a afasia necessita para comunicar, o que também possibilita compreender o tipo de avaliação que se vai realizar.

A avaliação Neuropsicológica e Psicológica pode dividir-se de duas formas, formal ou informal, ou seja, numa avaliação formal podem ser aplicados testes como Montreal Cognitive Assessment (MoCA), INECO Frontal Screening, Figura Complexa de Rey, Trail Making Test, Escala de Inteligência para Adultos (WAIS), o Teste do Relógio (TDR) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS), entre outros. A avaliação formal só é possível se as dificuldades ou défices provocados pela afasia não enviesem os resultados, objetivamente isto significa que se a pessoa não consegue nomear, compreender, escrever ou ler algo devido à afasia não se deve aplicar testes Neuropsicológicos que impliquem essas tarefas. Nestes casos opta-se então por fazer-se uma avaliação informal.

A avaliação informal consiste num conjunto de materiais, como imagens com os meses do ano, dias da semana, estações e entre outros, que permite avaliar informalmente vários domínios, como por exemplo, a memória, a orientação e entre outros. Na avaliação informal pode haver recurso a tarefas de testes Neuropsicológicos, contudo as pontuações não são convertidas, de forma a não existir avaliações enviesadas. Ou seja, as provas apenas são utilizadas para o Neuropsicólogo perceber como se encontram os diversos domínios da cognição. No que diz respeito,

especificamente à avaliação psicológica informal, esta é feita através de materiais de suporte, ou seja, imagens claras, gestos, suporte escrito e entre outros.

Identificação	Pedido	Avaliação Neuropsicológica	Observação
A.Q (57 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia de Wernicke	Avaliação Neuropsicológica formal (Teste da Figura Complexa de Rey, Trail Making Test Parte A e B) Avaliação Neuropsicológica informal (orientação temporal, espacial, alopsíquica, autopsíquica, memória, atenção, funcionamento executivo)	Em seguimento
L. M. (24 anos) (Obs. Participante)	Reavaliação do funcionamento executivo Afasia Anómica	Avaliação neuropsicológica formal (BADS)	Em seguimento
M.F. (57 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia de Broca	Avaliação neuropsicológica informal (orientação temporal, espacial, alopsíquica, autopsíquica, memória, atenção, funcionamento executivo)	Alta
R. (44 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia Global	Avaliação informal psicológica <i>Nota: Não foi possível realizar uma avaliação neuropsicológica.</i>	Alta
N. C. (52 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia de Condução	Avaliação Neuropsicológica formal (MoCA, INECO Frontal Screening, Teste da Figura Complexa de Rey, Trail Making Test Parte A e B, Teste de Código e Pesquisa de Símbolo da WAIS e HADS)	Em seguimento

N. C. (52 anos)	Avaliação Neuropsicológica (funcionamento executivo) Afasia de Condução	Avaliação Neuropsicológica formal (BADS)	Em seguimento
A.S. (68 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia mista	Avaliação Neuropsicológica formal (MoCA, INECO Frontal Screening e HADS)	Em seguimento
C.D. (23 anos) (Obs. Participante)	Avaliação psicológica em consulta de psicologia Afasia Anómica	Avaliação Psicológica formal (HADS)	Em seguimento
C.M. (59 anos) (Obs. Participante)	Avaliação Neuropsicológica após AVC Afasia Anómica	Avaliação Neuropsicológica formal (Trail Making Test Parte A e B, Teste do Desenho do Relógio, MoCA, Teste da Figura Complexa de Rey, INECO Frontal Screening, Teste de Código e Pesquisa de Símbolo da WAIS, Teste de Stroop e HADS)	Em seguimento
F.S. (68 anos)	Reavaliação para Grupo de Estimulação Cognitiva (Nível 2) Afasia de Wernicke	Avaliação Neuropsicológica Formal (MoCA)	Em seguimento
J.D. (68 anos)	Avaliação Neuropsicológica Afasia Progressiva Primária	Avaliação Neuropsicológica informal (orientação temporal, espacial, alopsíquica, autopsíquica, memória, atenção, funcionamento executivo)	Alta
P.C. (73 anos)	Avaliação Neuropsicológica	Avaliação Neuropsicológica formal (Moca, Trail Making Test, INECO Frontal Screening, Teste	Alta

	Afasia Progressiva Primária	da Figura Complexa de Rey e HADS)	
J.C. (82 anos)	Avaliação Neuropsicológica Afasia Progressiva Primária	Avaliação Neuropsicológica informal (orientação temporal, espacial, alopsíquica, autopsíquica, memória, atenção, funcionamento executivo)	Em seguimento
A.C. (70 anos)	Avaliação Neuropsicológica após AVC	Avaliação Neuropsicológica informal (orientação temporal, espacial, alopsíquica, autopsíquica, memória, atenção, funcionamento executivo)	Em seguimento

Tabela 2

Avaliações neuropsicológicas e psicológicas durante o período de estágio

2.6 Atividades de grupo realizadas

Challenge Day

O Challenge Day é um dia de terapia “intensiva” onde são realizadas atividades dentro da Neuropsicologia, Terapia da Fala, Musicoterapia, entre outras. As atividades podem realizar-se em dois grupos (fluente e não fluente), de forma a garantir que as atividades se enquadram no perfil cognitivo e linguísticos dos participantes ou em grupos com diferentes perfis cognitivos e linguísticos, com o objetivo de promover a interação e entreajuda. A escolha de grupos é feita de acordo com o tipo de atividade.

Ao longo do estágio foram realizados 5 Challenges Day, onde a estagiária ficou responsável pelas atividades de Estimulação Cognitiva. No âmbito da Neuropsicologia foram desenvolvidas atividades como exercícios individuais e grupo dos vários domínios da cognição, jogos de estimulação cognitiva, atividades ao ar livre, como peddy paper com desafios cognitivos.

Grupo Essencial

Este grupo realiza-se quinzenalmente, à quinta-feira de tarde, com o objetivo de promover a autonomia e a integração num contexto mais real (barulho e interação entre elementos) dentro da estimulação cognitiva. É constituído por 4 elementos com afasias não fluentes, com idades compreendidas entre os 30 e 55 anos e com um perfil cognitivo “semelhante”. No período de setembro a julho a estagiária ficou responsável pela intervenção neste grupo e planificação das atividades.

As atividades realizadas consistiam em tarefas de grupo, como jogos de estimulação cognitiva e exercícios individuais de papel e lápis com foco em diversos domínios da cognição.

Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2

Este grupo realizava-se semanalmente, à terça-feira de tarde, com o objetivo de promover a autonomia e a integração num contexto mais real (barulho e interação entre elementos) dentro da estimulação cognitiva. É constituído por 7 elementos com afasia fluentes, com idades compreendidas entre os 50 e 70 anos e com um perfil cognitivo “semelhante”. No período de setembro a dezembro a intervenção era realizada pela orientadora de estágio, na qual participava. De janeiro a julho a intervenção e planificação das atividades foi realizada pela orientadora informal e pela estagiária. As atividades realizadas consistiam em tarefas de grupo, como jogos de estimulação cognitiva, exercícios individuais de papel e lápis com foco em diversos domínios da cognição, apresentação e planificação de temas em grupo, discussão sobre temas e psicoeducação.

As sessões em grupo distinguem-se das sessões individuais, na medida que, em contexto individual o foco concentra-se apenas numa pessoa, enquanto em grupo, a monitorização tem de ser dividida pelos vários elementos. As maiores dificuldades sentidas neste contexto foram a planificação e desenvolvimento das atividades, que devem refletir os objetivos definidos e as necessidades do grupo de semana para semana, lidar com as características individuais de cada elemento do grupo, controlar as interrupções durante a sessão e a gestão do tempo. Uma das maiores preocupações, ao longo das intervenções em grupo, foi compreender se os utentes se encontravam satisfeitos com a complexidade dos exercícios, o nível de suporte dado na comunicação e nas atividades de estimulação cognitiva. Neste sentido, no final de algumas sessões

começou-se a realizar um “brainstorming” sobre os diferentes aspetos da intervenção, com o objetivo de compreender a satisfação dos participantes.

2.7 Outras atividades desenvolvidas durante o estágio

Durante o período de estágio foram realizadas algumas atividades como a formação “Comunicar com pacientes/clientes que sabem mais do que o que conseguem dizer” baseado na Supported Conversation for Adults with afasia (SCA). A formação foi desenvolvida pelo “The Aphasia Institute” e traduzido e adaptado pelo local de estágio, com o objetivo de ensinar a comunicar com pessoas com afasia. Também foram realizadas outras formações, como “Language and Cognitive Communication Difficulties in PPA” e “Avaliação e Intervenção nas Afasias Progressivas Primárias”, “Overview of Neurodegenerative Dementias: Diagnosis of Dementia” e a formação “Brain Injury & Behavioral Dyscontrol: Dialogue, Skills & Consequences”.

Para além disso, a instituição realizou uma Webinar sobre Afasia Progressiva Primária. A Webinar teve como objetivo informar sobre a Afasia Progressiva Primária e esclarecer dúvidas de como intervir e ajudar pessoas com este diagnóstico.

2.8 Consulta Neuropsicológica Individual

As **consultas de Neuropsicologia individual** têm como objetivo estimular e melhorar áreas cognitivas em défice evidenciadas na avaliação neuropsicológica, assim como outras áreas na vida do doente. Estas sessões podem incluir exercícios de papel ou lápis, jogos de estimulação cognitiva, programas computadorizados, psicoeducação, reestruturação cognitiva, entre outros. Todas as sessões de Neuropsicologia compreendem um tempo aproximadamente de 1 hora e são adaptadas às necessidades individuais de cada paciente, tendo em consideração o seu perfil linguístico.

Em alguns casos é necessário um suporte externo para a comunicação, de forma às PCA expressarem as suas necessidades e ideias pessoais. As ferramentas utilizadas no suporte à comunicação são o papel e lápis, notebooks/cadernos de comunicação com imagens ou palavras, que podem incluir desde a identificação da pessoa às atividades do seu dia a dia, programas de

software personalizados com ícones pertinentes às necessidades e interesses do indivíduo (Wilson, 2003).

As estratégias utilizadas durante a intervenção para facilitar ou reduzir as barreiras na comunicação da afasia, ao nível da compreensão auditiva, podem ser contato visual e falar diretamente com o indivíduo, frases curtas e gramaticalmente simples, falar com um ritmo mais lento, mantendo uma prosódia natural, não elevar o tom de voz, repetir frases, verificar o enunciado ou instrução, falar sobre tópicos familiares e acompanhar a mensagem com outras opções de comunicação, como escrita, desenho, gestos e expressões faciais. Para facilitar a expressão verbal podem ser utilizadas estratégias como, fornecer opções de escolha múltiplas ou palavras que faltam, incentivar o circunlóquio e o uso de canais não-verbais para comunicar a mensagem, repetir as mensagens para que o locutor possa confirmar se a mensagem foi compreendida, incentivar a PCA a desconsiderar erros simples quando a intenção da mensagem não é alterada e apontar ideias (Wilson, 2003).

Os tipos de materiais utilizados com esta população devem ser simples e claros, com frases curtas, em tamanho grande, se possível com imagens, de forma a facilitar a comunicação. As imagens utilizadas também devem ser claras e nunca infantilizadas, uma vez, maioritariamente tratar-se de uma população jovem adulta e adulta. Este tipo de material é conhecido como “afasia friendly” (Egan et al., 2002, cit in Rose et al., 2003).

Na **reabilitação cognitiva** de PCA deve ser utilizada a **aprendizagem sem erro**. A aprendizagem sem erro tem como objetivo evitar o erro, ou seja, ao evitar o erro impede-se que o paciente tente recuperar respostas alvo da memória a longo prazo. A abordagem da aprendizagem sem erros na reabilitação cognitiva teve origem na literatura de amnésia como uma aplicação de princípios estabelecidos de aprendizagem e memória. A noção básica era que as respostas se tornavam memorizadas através de mecanismos implícitos de aprendizagem que continuam a atuar na amnésia (Middleton & Schwartz, 2012).

De acordo com o trabalho de Humphreys e colegas, os erros na fala estão sujeitos a aprendizagem, assim, a aprendizagem com erro pode ser um fator complicador na reabilitação da afasia, independentemente do estado da memória explícita nesses indivíduos. Por outro lado, em indivíduos neurologicamente intactos, a memória consciente ou explícita de ter cometido um erro minimiza o impacto da aprendizagem do erro (Middleton & Schwartz, 2012).

Em cada tentativa é dada uma resposta alvo, de forma a reforçar a associação com o estímulo apropriado. Durante as tarefas de nomeação em PCA (Conroy, Sage, & Lambon Ralph, 2009b; Fillingham, Sage, & Lambon Ralph, 2005a, 2005b, 2006; McKissock & Ward, 2007, cit in Middleton & Schwartz, 2012) o nome da imagem apresentada é fornecido, de forma a antecipar a recuperação do nome dessa imagem da memória lexical a longo prazo.

Nas sessões com recurso a programas computadorizados, o **Cognifit** é o software utilizado, que permite um programa de treino cerebral personalizado para crianças e adultos, com relatórios de resultados detalhados e personalizados. Estes relatórios permitem ver os pontos fortes cognitivos, áreas a melhorar ou em declínio e a sua evolução ao longo do tempo, consequentemente estas informações possibilitam a adaptação constante, tendo em conta o perfil cognitivo.

Os domínios cognitivos nos treinos incluem memória fonológica de curto prazo, memória contextual, atenção dividida, foco, coordenação olho-mão, inibição, denominação, planeamento, velocidade de processamento, reconhecimento, tempo de resposta, recontextualização, memória a curto prazo, perceção espacial, atualização, memória não verbal, perceção visual, exploração visual, memória visual de curto prazo, memória de trabalho, campo visual, estimativa e perceção auditiva. Para além disso, este programa também permite a realização de testes cognitivos para a uma avaliação cognitiva geral, avaliação cognitiva académica, avaliação cognitiva de adultos com mais de 55 anos, condução, concentração, perceção, memória, raciocínio, coordenação e compreensão escrita.

Após a lesão, os indivíduos podem apresentar alguns comportamentos de **negação**, também conhecido por anosognosia e/ou frustração e raiva perante a mudança. Segundo Tanner e Gerstenberger (1988), a negação é um mecanismo de defesa psicodinamicamente induzido, que por um lado amortecer a dor psicológica, contudo por outro retarda a “consciência da presença e extensão da deficiência” (Herrmann, 1997), o que muitas vezes é abordado através de estratégias de promoção de consciência, que tem como objetivo promover a identificação de conteúdos cognitivos, com o objetivo de mudança associados a uma situação específica (Dias et al., 2019). A **frustração** e raiva perante experiências frustrantes resultam da incapacidade do indivíduo para controlar o seu ambiente, como na fase pré-mórbida. Muitas vezes expressam atitudes irrealistas, com a finalidade de alterar a situação atual através da força de vontade e determinação (Tanner & Gerstenberger, 1988, cit in Herrmann, 1997).

Já o termo **“aceitação”** é quando o indivíduo tem uma resposta positiva ao processo de luto, ou seja, a superação da doença e consequências da mesma (Tanner & Gerstenberger, 1988, cit in Herrmann, 1997). Esta aceitação é essencial durante o processo de intervenção.

No sentido, de enriquecer a experiência de estágio curricular foram atribuídos casos clínicos, de forma a colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o período de observação participante, assim como, ao longo do curso. O acompanhamento compreendeu os meses de novembro a julho.

Identificação	Problemática	Avaliação Neuropsicológica e Psicológica	Abordagem terapêutica / Intervenção	Obs.
A.F 51 anos (54 consultas)	Afasia Global TCE	MoCA, Figura Complexa de Rey (Cópia e Memória), Trail Making Test (Parte A e B) e HADS	Reabilitação Neuropsicológica individual com base na aprendizagem sem erro	Em seguimento
P.M 53 anos (48 consultas)	Afasia de Broca AVC	MoCA e Trail Making Test (Parte A e B)	Reabilitação Neuropsicológica individual com base na aprendizagem sem erro	Em seguimento
M.S 55 anos (17 consultas)	Afasia de Broca AVC	Trail Making Test (Parte A e B), Moca, INECO, WAIS III (Código, Pesquisa de Símbolos, Aritmética,	Reabilitação Cognitiva individual com base na aprendizagem sem erro	Em seguimento

			Memória de dígitos, Sequências de letras e números, Semelhanças), Teste da Figura Complexa de Rey (Cópia e Memória), Teste do Relógio, Teste de Stroop.	
N.C. 52 anos (26 consultas)	Afasia de Condução AVC	MoCA, INECO Frontal Screening, Teste da Figura Complexa de Rey, Trail Making Test Parte A e B e Teste de Código e Pesquisa de Símbolo da WAIS, BADS e HADS	Reabilitação Neuropsicológica individual com base na aprendizagem sem erro Abordagem de TCC (reestruturação cognitiva e psicoeducação)	Em seguimento
J.G 82 anos (7 consultas)	Afasia Progressiva Primária (APP)	Avaliação neuropsicológica e psicológica informal	Reabilitação Cognitiva individual (prevenção)	Em seguimento
L.M 24 anos (37 consultas)	Afasia Anômica TCE	MoCA, INECO Frontal Screening, Teste da Figura Complexa de Rey BADS, HADS	Reabilitação Neuropsicológica computadorizada individual com base na aprendizagem sem erro	Alta

Tabela 3

Casos clínicos de acompanhamento individual

2.9 Consulta Psicológica Individual

Após a lesão, a PCA pode ser confrontada com depressão (Worrall, Hudson, Khan, Ryan & Simmons-Mackie, 2017), isolamento comunicativo e social e envolvimento reduzido na vida cotidiana e atividades de lazer, tristeza, luto (Code, submetido; Code & Muller, 1992; Friedland & McColl, 1987; Gainotti, 1997; Herrmann & Wallesch, 1989; Taylor Sarno, 1993, 1997, cit in Code & Herrmann, 2003), ansiedade, redução da independência e qualidade de vida (Chun, Whiteley, Dennis, Mead & Carson, 2018; Jeong, Kang, Bae, Kim, Kim, Shin, ... & Yoon, 2012; Knapp, Dunn-Roberts, Sahib, Cook, Astin, Kontou & Thomas, 2020; Tang, Lau, Mok, Ungvari & Wong, 2013).

Os distúrbios emocionais podem ser provocados diretamente pela natureza, severidade e localização da lesão cerebral, que afeta os processos neuronais e as vias neurobioquímicas subjacentes à emoção normal (Starkstein & Robinson, 1988, cit in Code & Herrmann, 2003).

A prevenção e o tratamento da depressão após o AVC são essenciais, de forma a otimizar a qualidade de vida das PCA e dos seus familiares e amigos (Code & Herrmann, 2003; Worrall, Hudson, Khan, Ryan & Simmons-Mackie, 2017). A presença de depressão nesta população nesta população pode ser explicada por diversos fatores, sendo que a causa pode variar em função do progresso através de diferentes fases da recuperação (Gainotti, 1997; Herrmann, Bartels, & Wallesch, 1993; Herrmann & Wallesch, 1993, cit in Code & Herrmann, 2003; Herrmann, 1997), contudo também pode derivar como uma resposta ao comprometimento físico e distúrbio nas funções da comunicação (Fisher, 1961; Tanner, 1980; Tanner & Gerstenberger, 1988, cit in Code & Herrmann, 2003), ou mesmo ser uma consequência do dano cerebral, ou seja, as lesões estruturais resultarem em alterações neurobioquímicas.

Durante o período de observação participante na consulta psicológica foram observadas diferentes técnicas das abordagens cognitivo-comportamentais e de 3ª Geração (como reestruturação cognitiva, psicoeducação, promoção de consciência, identificação de pensamentos e imagens e entre outros).

As intervenções são adaptadas às necessidades do paciente, sendo que na maior parte das PCA é essencial o recurso a estratégias comunicacionais. Assim, a abordagem utilizada em contexto de consulta psicológica deve ter em conta o perfil linguístico da mesma. Em casos com

mais alterações ao nível da linguagem, as intervenções com exigências reduzidas de linguagem e comunicação serão as mais aconselhadas e eficazes (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann & Wolfe, 2011).

2.10 Reavaliação Neuropsicológica

A recuperação espontânea na afasia, em pacientes que sofreram um AVC, indica para uma taxa mais elevada nos primeiros 3 meses após a lesão, contudo esta pode estar dependente do tipo de afasia, especificamente em casos de afasia global (Demeurisse et al., 1980; Holland et al., 1989; Laska et al., 2001). O planeamento adequado da reabilitação em pacientes com afasia requer uma boa estimativa do prognóstico, da morbilidade e mortalidade, assim como do resultado funcional (Laska et al., 2001).

Após 6 meses da intervenção neuropsicológica individual deverá ser feita uma reavaliação, com o objetivo de perceber o progresso, assim como, possíveis áreas ainda em défice, de forma a executar uma planificação futura para a intervenção desses domínios na reabilitação. Através dos resultados da primeira avaliação e reavaliação é possível compreender a evolução do paciente.

2.11 Estudo de caso

Caso clínico

Durante o estágio foram seguidos 6 doentes, com diferentes tipos de afasia e Afasias Progressivas Primárias. Em forma de conclusão deste relatório foi selecionado um caso clínico para apresentação e reflexão.

Caso clínico N

Identificação Geral

N tem 52 anos de idade, do sexo masculino. Sofreu um AVC isquémico carotídeo esquerdo autónomo, a 7 de agosto de 2021 e esteve institucionalizado num hospital (3 semanas) e num centro de reabilitação (1 mês). Licenciou-se em Engenharia Eletrotécnica, encontrando-se desempregado na altura do AVC e atualmente está de baixa médica.

Pedido e Motivo de consulta

N chegou à instituição encaminhado por uma terapeuta de um centro de reabilitação, devido a um AVC, que provocou uma Afasia, no momento, diagnosticada como, Afasia de Wernicke. Durante o período de internamento, o seu quadro evoluiu para uma Afasia Transcortical Sensorial.

À entrada, apresentava alterações cognitivas, ao nível da memória, linguagem e funcionamento executivo, acompanhada de uma apraxia e disartria. Relativamente à parte motora, N em consequência do AVC ficou com uma hemiparesia direita.

História de Vida e Problemática Atual

N tem um irmão mais novo, a mãe faleceu em 2006 e o pai faleceu em 2018 por problemas de saúde. Segundo o paciente, antes do falecimento, o pai encontrava-se bastante doente, tendo estado bastante tempo internado.

Dada a situação económica precária da sua família de origem que se estendeu da infância até à adolescência, o utente começou a trabalhar muito cedo e só mais tarde é que decidiu tirar o curso de engenharia eletrotécnica em regime noturno.

N teve um primeiro relacionamento amoroso do qual nasceu uma filha, atualmente com 33 anos e que por sua vez já é mãe de um bebé de 2 meses. Mantém boas relações com a filha, o neto e o genro. Desde há 17 anos até agora tem uma companheira, da qual nasceu um filho, atualmente com 15 anos, com o qual mantém uma relação próxima.

Da sua história, em 2006, destaca-se a hipoteca forçada da casa onde vivia com a companheira e da qual tiveram ambos de sair. Esta situação deixou o utente muito revoltado e nervoso, dado todo o investimento financeiro que tivera na casa até então e motivou a institucionalização forçada e contra a sua vontade, no hospital, por ordem do tribunal. N não especificou o que aconteceu que levou à intervenção do tribunal, contudo explicou que foi contra a sua vontade. Desta situação resultou a separação da sua companheira, que foi obrigada a procurar abrigo na casa de uma amiga, antes de ter encontrado a sua própria casa.

N ficou institucionalizado durante 6 meses, onde esteve medicado (não há informação sobre o tipo de medicação). Durante este período, afirma que não se estava a sentir bem, que a

medicação o deixava demasiado relaxado e sem força e que não manteve contato com a companheira. No período de internamento manteve uma relação com umas das pacientes igualmente institucionalizadas, contudo a relação acabou por terminar no momento em que a sua companheira se deslocou ao hospital com o objetivo de forçar ao seu companheiro a terminar a relação.

Após os 6 meses, N teve alta, tendo continuado a ser acompanhado por Psicologia e Psiquiatria. Nesta altura, 2007 e como tinha perdido a sua casa, sem mais opções, voltou a coabitar com a sua companheira, que insistiu para que retomassem a relação. E é nesta altura que nasce o seu filho. Tudo corria bem, até que em 2010, tentou sair de casa devido aos desentendimentos com a companheira, que gastava muito dinheiro, acumulando roupas, produtos de higiene e outros dentro de casa. Resultando em pouco espaço para coabitarem 3 pessoas.

Até 2021, foram frequentes os desentendimentos com a sua companheira, sempre pelo mesmo motivo, a acumulação de coisas em casa, reduzindo o espaço até para os estudos do utente, que durante esse tempo decidiu tirar o curso de engenharia eletrotécnica. E foi em agosto de 2021, que o utente sofreu um AVC, situação que ainda veio a piorar mais a sua situação familiar. Nesta altura as discussões intensificaram-se e o impacto do AVC, foi muito doloroso, provocando muita irritabilidade e ansiedade no utente.

No início da intervenção de N, a esposa mostrou-se muito colaborante, contudo devido às discussões a companheira disse que não queria que N continuasse a viver na casa. Inicialmente conseguiu alugar um apartamento, contudo neste momento, por indisponibilidade da casa, encontra-se a viver com o irmão. Refere que tem uma boa relação com o irmão, apesar de manifestar vontade de sair de casa do mesmo, assim que consiga arranjar apartamento. Segundo N, o irmão é bastante desorganizado e pouco cuidado, no que diz respeito à manutenção da casa. Além disso, mencionou evitar longos períodos na casa do irmão, fazendo refeições e higiene fora de casa (no ginásio). Recentemente o irmão arranjou namorada e N refere que a relação evoluiu muito rápido e que já estão a viver juntos, o que o incomoda, apesar de referir que nunca disse nada ao irmão, pois não quer intrometer-se nas suas decisões. Pretende sair de casa do irmão e ir viver para outra cidade, com o objetivo de ficar longe da sua área de residência, pois assim sente-se mais confortável.

Atualmente sente-se muito sozinho e isolado, devido à situação familiar e falta atividade social que o trabalho lhe proporcionava. Para além disso, explicou não ter amigos, pois todos os seus amigos optaram por estilos de vida com comportamentos aditivos no passado, o que fez com que tomasse a decisão de se afastar. Por um lado, sente que foi a melhor decisão, pois não queria que a sua vida se tornasse semelhante à dos seus amigos (revela que a maior parte dos amigos já faleceram devido aos comportamentos aditivos), mas por outro refere que se sente extremamente sozinho e triste. Além disso, acrescenta que a situação atual com a companheira e o AVC tiveram um impacto grande na sua vida e que se sente muito triste. Refere que gostaria de retomar a relação com a mãe do filho, contudo afirma ser uma situação muito complicada.

O objetivo do utente, neste momento, é continuar as terapias, de forma a retomar uma atividade profissional. Segundo N, o trabalho é um “escape” e sempre foi o que o ajudou ao longo dos anos. Mantém interesse na sua aparência física e ao longo das sessões mencionou estar motivado no ginásio.

Antecedentes psiquiátricos

Relativamente aos antecedentes psiquiátricos, N foi diagnosticado com Síndrome depressivo reativo antes do AVC.

Genograma

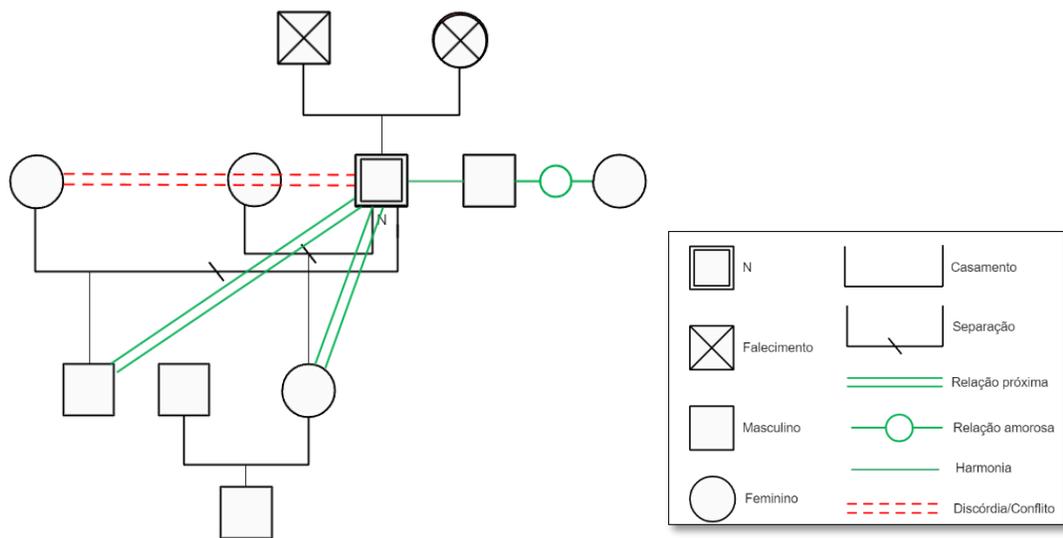


Figura 1.

Genograma da família de N

Processo de Avaliação Neuropsicológica e Psicológica

A avaliação neuropsicológica e psicológica decorreu em duas consultas com duração de 1 hora cada, no período compreendido entre 13 outubro a 16 dezembro de 2021. Previamente à avaliação do estado cognitivo e emocional, N foi avaliado pela equipa de terapia da fala da instituição, com o objetivo de perceber o perfil linguístico do doente. Dessa avaliação, os resultados foram compatíveis com um diagnóstico de **Afasia de Condução**, de grau 3, acompanhado de uma **disartria**.

1ª consulta: 13 de Outubro de 2021

A primeira avaliação iniciou-se com uma pequena anamnese, na qual foram recolhidas informações pessoais e da história clínica. Antes da aplicação dos testes, o objetivo da avaliação foi clarificado, nomeadamente, a importância da avaliação após um AVC, de forma a compreender a extensão das lesões, ou seja, que áreas que sofreram alterações e quais as mantidas, com a finalidade de perceber o perfil cognitivo/emocional do doente e planear a intervenção.

Durante a avaliação, N demonstrou-se consciente, colaborante, empenhado, com um humor eutímico, mas apreensivo e preocupado com o resultado das tarefas (ao longo da avaliação fez várias perguntas sobre os resultados, tentou ler as notas escritas pelo administrador). O discurso era fluente, com pausas anómicadas, características disártricas e parafasias fonológicas.

Os resultados do **MoCa** sugerem défice graves, nomeadamente ao nível da memória e funcionamento executivo (FE) (Tarefa do relógio do Moca indica défice ligeiro ao nível do FE), no **IFS** aponta para alterações graves ao nível do funcionamento executivo, na **WAIS-III** (Índice de Velocidade de Processamento) os resultados encontravam-se dentro da média, no **Teste da Figura Complexa de Rey (Cópia)** o processamento visuoespacial e visuoconstrutivo encontrava-se dentro da média, no **Teste da Figura Complexa de Rey (Memória)** a atenção, velocidade de processamento e FE encontravam-se dentro da média e no **Trail Making Test (Parte A e B)** a atenção, velocidade de processamento e FE apontam para resultados dentro da média. Contudo, foi possível ainda verificar alterações grave na Memória de trabalho ao longo da avaliação. Relativamente ao rastreio emocional, na **HADS** não se verificou a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.

Apesar do comprometimento linguístico do doente, devido à afasia, as tarefas destes testes foram executadas de uma forma formal, o que permitiu estes resultados brutos serem comparados com valores normativos para a população portuguesa, tendo em conta a idade, género e/ou escolaridade. Isto poderá ser explicado pelo tipo de afasia de N (Afasia de Condução), ou seja, a compreensão e fluência intactas, o que permitiu compreender e executar grande parte das tarefas, apesar dos défices cognitivos (memória e FE), enquanto, a repetição e nomeação encontram-se alteradas, o que também foi possível verificar em algumas tarefas. Sempre que possível e tendo em conta as regras e instrução dos testes, foi dado suporte (ex. escrito), sem induzir respostas, de forma que a componente da linguagem não interferisse em tarefas de outros domínios cognitivos.

Teste	Resultado	Desvio à norma	Ponto de corte
MoCA	16(30)	Abaixo da média	27.51 ± 2.13

		↓3 DP em relação à média para a idade e escolaridade.	25 – 26 - 23
Abaixo da média			
IFS	12(30)	↓3 DP em relação à média para a idade e escolaridade.	26.58 ± 3.00 23,5 – 20,5 – 17,5

Tabela 4
Rastreio cognitivo de N

Teste	Resultado	Desvio à norma
Teste da Figura Complexa de Rey	Cópia 35 (36) (Percentil 90)	Na média
	Memória 21(36) (Percentil 70)	Na média
WAIS-II	Índice da Velocidade de Processamento (QI/índice VP 100)	Na média
Trail Making Test (Parte A e B)	Trilhas A (62 segundos)	Na média
	Trilhas B (172 segundos)	Na média

Tabela 5
Aprofundamento do Rastreio cognitivo de N

Teste	Resultado	Desvio à norma	Ponto de corte
HADS		Ausência de	0 - 7 Normal
	A = 5 (21)	sintomatologia	8 – 10 Ligeira
	D = 7 (21)	depressiva e/ou	11 – 14 Moderada
		ansiosa.	15 – 21 Grave

Tabela 6

Rastreio emocional de N

2ª consulta: 16 de Dezembro de 2021

A segunda avaliação teve como objetivo aprofundar as alterações ao nível do funcionamento executivo de N, de forma, a ajustar a intervenção, tendo em conta, as áreas específicas em défice. Para isto foi aplicada a Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS).

Durante a avaliação, foi possível perceber, que à semelhança da avaliação anterior, N demonstrou-se colaborante, empenhado, com um humor eutímico, apreensivo e preocupado com o resultado das tarefas.

Os resultados indicam um resultado de perfil total de 17/24, o que significa uma classificação geral dentro da média.

Testes	Resultado Perfil	Resultado de Perfil total	Classificação Geral
Teste 1: Alteração da Regra	1	17 em 24	Deficitário
Teste 2: Programa de ação	4		Resultado limite
Teste 3: Procura da Chave	4		Abaixo da média
Teste 4: Juízo Temporal	1		Média
Teste 5: Mapa do Zoo	3		Acima da média
Testes 6: Teste Modificado dos seis elementos	4		Superior
			Muito superior

Tabela 7

Resumo do perfil de resultados (BADS)

Processo de Intervenção Neuropsicológica

N tinha como objetivos ser independente, recuperar os défices cognitivos e linguístico e voltar a trabalhar. Tendo em conta, os resultados da primeira avaliação (13 de outubro), as áreas com alterações evidenciadas nos testes foram a memória, funcionamento executivo e memória de trabalho, sem a presença de sintomatologia ansiosa ou depressiva. Posto isto, os resultados foram devolvidos ao paciente numa reunião de decisão e a intervenção foi planeada em conjunto. Neste sentido, N começou a ter consulta de Neuropsicologia inicialmente focada especificamente no treino cognitivo 2 vezes por semana, com o objetivo de recuperar/melhorar as funções cognitivas em défices. A intervenção iniciou-se no dia 21 de outubro e terminou no dia 28 de julho.

Como já foi referido inicialmente, a frequência das sessões era 2 vezes por semana, contudo a intervenção teve de ser cancelada entre o final do mês de janeiro e o final do mês de março, por motivos pessoais do utente, retomando em abril, com a mesma frequência. Mais tarde as sessões passaram a uma frequência semanal.

Inicialmente o treino cognitivo focou-se em tarefas de memória a curto, longo prazo com interferências e tarefas de funcionamento executivo mais básico (categorização, cálculo, entre

outros), com predomínio de outras funções cognitivas subjacentes como memória de trabalho e atenção seletiva. A linguagem também foi trabalhada paralelamente em sessões de terapia da fala e realizavam-se reuniões frequentes com a terapeuta da fala encarregue do caso, com o objetivo de ajustar a componente da linguagem nos exercícios planeados para as sessões de treino cognitivo. Com o avançar da intervenção os exercícios foram complexificados, sempre de uma forma gradual, com enfoque em tarefas de atenção mais complexas (atenção seletiva, sustentada, dividida e alternada), funcionamento executivo e memória. Tarefas de linguagem como função principal, também foram introduzidas de uma forma mais complexa, com funções subjacentes em diversas áreas do funcionamento executivo, como inibição, planeamento, raciocínio lógico, abstração, entre outras.

Uma vez que, o paciente apresenta uma afasia de condução, ou seja, a fluência e a compreensão estão preservadas, enquanto a repetição e nomeação estão alteradas foi tido em conta estes aspetos, no tipo de exercícios apresentados. Ao longo das sessões foram utilizados exercícios de papel e lápis, jogos de estimulação cognitiva, assim como, outros materiais para treino cognitivo, como puzzles, cartões para ordenar frases, cartões com imagens para categorizar, entre outros. Os exercícios eram elaborados e planeados, de acordo com as necessidades de N, encontravam-se identificados com o tipo de funções que estavam a ser treinadas, com vocabulário simples, frases curtas, imagens e exemplos se necessário.

Estratégias utilizadas durante a intervenção, tendo em conta, o **perfil linguístico** de N:

- Dar tempo de resposta;
- Verificar se compreendeu o que foi dito;
- Frases curtas e linguagem simples;
- Suporte escrito;
- Falar devagar e com pausas;
- Utilização de gestos e imagens como suporte na comunicação.

O comportamento de N, durante o período de intervenção, por vezes foi desadequado, o que exigiu uma atitude mais assertiva. frequentemente pedia a alteração do horário das consultas,

não esperava na sala de espera como todos os outros pacientes, colocava os exercícios realizados para as sessões em causa, desrespeitava na forma como pedia ajuda ou chamava a estagiária, conseqüentemente queixava-se do grau de exigência dos exercícios e perante situações que lhe desagradassem (exemplo: impossibilidade de alteração de horário, aumento do número de horas de sessão, entre outras) elevava o tom de voz, solicitava tarefas de treino cognitivas para casa (mesmo por vezes informado que não seria o mais adequado, devido à abordagem utilizada ser a aprendizagem sem erro, o que exigia uma monitorização presencial da execução dos exercícios) e acabava por não fazer os exercícios nem os trazer para a sessão. Inicialmente a psicoeducação e promoção da consciência dos défices foi muito utilizada nas consultas, com o objetivo de esclarecer o paciente sobre a utilidade dos exercícios apresentados e consciencializar sobre os défices provocados pelo AVC. N mostrava-se sempre muito preocupado com a melhoria dos défices, com o desejo de retomar a atividade profissional, o que conseqüentemente levava a uma desmotivação perante os exercícios devido às expectativas irrealistas, entretanto criadas ao longo do processo.

Perante estas situações, ao longo dos primeiros meses, a equipa tomou a decisão de propor uma reunião, no sentido de conversar com N e perceber a sua postura, os seus objetivos com a terapia (Neuropsicologia e Terapia da fala) e impor regras. O utente recusou a reunião várias vezes e não se mostrava disponível para falar com a equipa. Desta forma, a equipa tomou a decisão de conversar com N durante o período de uma das consultas, onde tentamos perceber os seus objetivos com a terapia, explicamos a necessidade da imposição de regras face ao seu comportamento desadequado, no sentido de o ajudar a alcançar os seus objetivos. Além disso, também tentamos perceber como se sentia em relação ao trabalho realizado pela equipa. Após o tema do comportamento do utente, ter sido abordado levou a que o mesmo se levantasse imediatamente e que verbalizasse a falta de interesse em continuar.

Posto isto, o processo foi interrompido por decisão de N, contudo mais tarde contactou a instituição, onde demonstrou interesse em retomar as terapias. A equipa foi informada e ficou decidido a definição de uma nova abordagem e diferentes estratégias para o utente. Na primeira consulta após o seu regresso, mostrou-se muito emotivo e pediu desculpas pelo seu comportamento. Foram definidos novos objetivos e regras e a intervenção retomou. Após as

primeiras consultas notou-se uma alteração no comportamento, ou seja, mostrou-se mais calmo, motivado, confiante no processo terapêutico e menos impulsivo.

Estratégias utilizadas para a intervenção, tendo em conta, o **comportamento** de N:

- Imposição de regras (esperar pela sua vez para ser atendido);
- Definição de um horário fixo para as sessões;
- Esclarecimento do objetivo das tarefas propostas na sessão;
- Assertividade;
- Promoção da consciência dos défices;
- Psicoeducação (AVC, Afasia e dificuldades associadas aos mesmos).

Ao longo do tempo, começou a partilhar mais detalhes sobre a sua vida pessoal passada e atual, episódios engraçados que experienciava com o filho, preocupações e como se sentia, o que resultou numa evolução na relação terapêutica.

Nos últimos dois meses de intervenção, obteve resultados positivos na fisioterapia o que o motivou muito a continuar as outras terapias. Para além disso, mencionou estar muito satisfeito com as sessões de neuropsicologia e que tinha muito interesse em continuar. Contudo, não foi possível, uma vez que, o período de estágio terminava no final do mês de julho. Desta forma, N tomou a decisão de fazer uma pausa para férias e depois retomar com outra colega da instituição.

Observação durante a intervenção neuropsicológica

Frequenta o ginásio com regularidade e mantém interesse no seu aspeto físico. Durante a intervenção refere ter tido períodos em que o sono estava alterado, que foi notório durante as consultas, sendo necessário pausas mais frequentes e por vezes término da mesma. As questões da fadiga, ao longo das semanas, foram mais evidentes em fases, em que o paciente se apresentava mais ansioso e preocupado.

Para além destas questões, também foi possível aferir, áreas da vida do doente com um impacto negativo na reabilitação, como a desmotivação fase à evolução dos défices cognitivos,

linguístico (especificamente reabilitados em sessões de terapia da fala), motores e emocionais, alterações familiares, no relacionamento amoroso e preocupação face à sua situação financeira.

Após o AVC começou a usar óculos, o que influenciou a execução de alguns exercícios, que exigiam períodos de tempo mais alargados de procura visual ou com demasiados estímulos (exemplo: exercícios de atenção seletiva, atenção sustentada, entre outros.).

Reavaliação Neuropsicológica

N não foi reavaliado (após os 6 meses do início da intervenção) devido às interrupções durante o processo terapêutico, ou seja, as interrupções feitas resultaram em vários meses sem terapia, o que não correspondia a 6 meses de intervenção, como indica a literatura. Desta forma, a equipa em conjunto com N acordou realizar uma reavaliação neuropsicológica após o período de pausa de férias, com o objetivo de redefinir o plano terapêutico, tendo em conta os novos resultados.

Conclusão e reflexão do caso N

Inicialmente a confrontação com os défices foi um processo complicado para N, bem como, as alterações familiares que aconteceram durante o período de intervenção provocaram ansiedade e tristeza no paciente, que se refletiu no seu comportamento durante as consultas. Apesar disto, considero que a nível cognitivo se verificaram melhorias (observado através da evolução do grau de dificuldade apresentada nos exercícios), assim como, no comportamento durante as sessões e uma maior consciencialização dos défices. Numa fase final N mostrava-se motivado em alcançar os seus objetivos em terapia, considerando a presença de uma lesão cerebral não reversível.

Para além disso, foi proposto a integração num dos grupos de estimulação cognitiva, no sentido de promover a interação com outras pessoas que passaram por situações semelhantes à sua, nomeadamente, défices cognitivos e de linguagem, luto após o AVC e consciencialização da condição crónica.

As maiores dificuldades sentidas foram a assertividade em situações desadequadas, controlar o tempo de consulta, elaboração de novos exercícios para cada sessão, de forma a dar resposta às necessidades do doente, intervenção perante comentários desadequados e como reagir

quando o trabalho realizado para as sessões era colocado em causa. Os comentários sobre o trabalho realizado para as sessões e o comportamento de N, no início da intervenção foram bastante difíceis de gerir e começou a causar-me alguma ansiedade quando elaborava as tarefas ou quando sabia que no dia seguinte estaria com o utente e questioneei-me se teria o conhecimento e estratégias necessárias para gerir um caso tão desafiante como este, contudo com a experiência, empenho e discussão em equipa o processo passou a ser mais fácil e enriquecedor. Lembro-me que após a reunião entre a equipa e N, em que o mesmo decidiu abandonar as terapias senti que a relação terapêutica não tinha sido estabelecida, que não tinha conseguido corresponder às suas expectativas e ao mesmo tempo uma sensação de alívio. Quando N retomou as terapias com a nova abordagem senti-me mais tranquila e confiante, a implementação de regras e a assertividade na sessão permitiu estabelecer a relação terapêutica e cumprir com os objetivos definidos.

Conclusão

O estágio curricular é a etapa final do percurso académico do aluno, onde os conhecimentos previamente adquiridos são colocados em prática, através do contato direto com os pacientes e com a equipa de profissionais da instituição.

Inicialmente a área da Neuropsicologia não fazia parte dos meus interesses dentro da Psicologia, contudo após a decisão de ingressar neste mestrado apercebi-me, que na verdade, esta área é muito mais do que aquilo que idealizei. O estágio permitiu explorar e intervir não só na área da Neuropsicologia, bem como na área da Psicologia Clínica, uma vez que, agora percebo que as duas não se conseguem desvincular durante um processo de intervenção neuropsicológica. Além disso, possibilitou a interação não só com pessoas com lesões cerebrais ou em processos degenerativos, como também com outras problemáticas mais associadas ao foro psicológico. O impacto da lesão cerebral na vida das pessoas com afasia e dos seus familiares afeta diversas áreas e aspetos das suas vidas, que foram possíveis de observar e acompanhar de perto durante o estágio.

Este período foi marcado por dedicação e motivação, que nem sempre foram fáceis de manter devido à exigência do trabalho das atividades. Contudo, não podendo deixar de referir o apoio, supervisão e orientação dados pelas orientadoras de estágio, pela Dra. Joana Soares, assim como, a toda a equipa de terapeutas da fala da instituição, que sempre me auxiliaram e acolheram durante esta fase. O trabalho em equipa foi uma experiência enriquecedora, que permitiu o aprofundamento de conhecimentos nesta área, como também noutras.

Nos momentos mais difíceis, onde a ansiedade e o cansaço falavam mais alto, as adversidades inerentes a esta área tornavam-se mais desgastantes, o que muitas vezes foi difícil de gerir, sem que isso compromete-se a prática clínica. Contudo, orgulhosamente posso afirmar que apesar de todas as dificuldades sentidas neste período o balanço desta experiência foi extremamente positivo e gratificante, quer a nível profissional como a nível pessoal.

Referências bibliográficas

- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. *Stroke*, 42(7), 1907-1911. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.605808>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B., & O'Byrne, L. (2018). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and rehabilitation*, 40(16), 1870-1892. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1315181>
- Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E. B., Ross, B., Silver, S., ... & Ezrachi, O. (1985, September). Neuropsychologic rehabilitation: Quest for a holistic approach. In *Seminars in Neurology* (Vol. 5, No. 03, pp. 252-259). © 1985 by Thieme Medical Publishers, Inc..
- Clare, L., & Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 13(1-2), 109-132.
- Chun, H. Y. Y., Whiteley, W. N., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Carson, A. J. (2018). Anxiety after stroke: the importance of subtyping. *Stroke*, 49(3), 556-564.
- Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539.
- Demeurisse, G., Demol, O., Derouck, M., De Beuckelaer, R., Coekaerts, M. J., & Capon, A. (1980). Quantitative study of the rate of recovery from aphasia due to ischemic stroke. *Stroke*, 11(5), 455-458.
- Dias, A., Rofes, A., Ferreira, A.C., Carvalhal, A., Matos, A., Maruta, C., Magalhães, C., Nogueira, D., Parente, D., Garcia, F., Miranda, F., Leal, G., Valido, G., Rodrigues, I. T., Fonseca, I., Martins, I. P., Fonseca, J., Taveira, L., Moreira, M., Vital, P.,

- Pestana, P., Branco, R., Paixão, R. & Aguiar, V. (2018). Afasia e Comunicação Após Lesão Cerebral. Papa-Letras.
- Elman, J., et al. Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future.
- Faria, A. L., Pinho, M. S., & Bermúdez i Badia, S. (2020). A comparison of two personalization and adaptive cognitive rehabilitation approaches: a randomized controlled trial with chronic stroke patients. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17(1), 1-15.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., ... & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Harvey, P. D., McGurk, S. R., Mahncke, H., & Wykes, T. (2018). Controversies in computerized cognitive training. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(11), 907-915. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.06.008>
- Helm-Estabrooks, N. (2002). Cognition and aphasia: a discussion and a study. *Journal of communication disorders*, 35(2), 171-186.
- Herrmann, M. (1997). Studying psychosocial problems in aphasia: Some conceptual and methodological considerations. *Aphasiology*, 11(7), 717-725. <https://doi.org/10.1080/02687039708249418>
- Hofmann, M., Hock, C., Kühler, A., & Müller-Spahn, F. (1996). Interactive computer-based cognitive training in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Psychiatric Research*, 30(6), 493-501. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(96\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(96)00036-2)
- Holland, A. L., Greenhouse, J. B., Fromm, D., & Swindell, C. S. (1989). Predictors of language restitution following stroke: A multivariate analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 32(2), 232-238.

- Jefferies, E., & Lambon Ralph, M. A. (2006). Semantic impairment in stroke aphasia versus semantic dementia: a case-series comparison. *Brain*, 129(8), 2132-2147.
- Jeong, B. O., Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, S. W., Kim, J. M., Shin, I. S., ... & Yoon, J. S. (2012). Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 127.
- Kasselimis, D. S., Simos, P. G., Economou, A., Peppas, C., Evdokimidis, I., & Potagas, C. (2013). Are memory deficits dependent on the presence of aphasia in left brain damaged patients?. *Neuropsychologia*, 51(9), 1773-1776.
- Knapp, P., Dunn-Roberts, A., Sahib, N., Cook, L., Astin, F., Kontou, E., & Thomas, S. A. (2020). Frequency of anxiety after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 15(3), 244-255.
- Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of internal medicine*, 249(5), 413-422.
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of neurology*, 49(4), 425-432.
- Mesulam, M., Wicklund, A., Johnson, N., Rogalski, E., Léger, G. C., Rademaker, A., ... & Bigio, E. H. (2008). Alzheimer and frontotemporal pathology in subsets of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 63(6), 709-719.
- Middleton, E. L., & Schwartz, M. F. (2012). Errorless learning in cognitive rehabilitation: A critical review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(2), 138-168.
- Murray, L. L. (2012). Direct and indirect treatment approaches for addressing short-term or working memory deficits in aphasia. *Aphasiology*, 26(3-4), 317-337.
- Murray, L. L. (2012). Attention and other cognitive deficits in aphasia: Presence and relation to language and communication measures.

- Parsons, T. D. (2016). Neuropsychological Rehabilitation 3.0: State of the Science. *Clinical Neuropsychology and Technology*, 113-132.
- Platz, T. (2021). *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations* (p. 282). Springer Nature.
- Purdy, M. (2002). Executive function ability in persons with aphasia. *Aphasiology*, 16(4-6), 549-557.
- Rose, T., Worrall, L., & McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947-963.
- Schumacher, R., Halai, A. D., & Lambon Ralph, M. A. (2019). Assessing and mapping language, attention and executive multidimensional deficits in stroke aphasia. *Brain*, 142(10), 3202-3216.
- Sitzer, D. I., Twamley, E. W., & Jeste, D. V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 75-90.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (Eds.). (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford Press.
- Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2013). Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: a cross-sectional study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(12), 2535-2541.
- Villard, S., & Kiran, S. (2017). To what extent does attention underlie language in aphasia?. *Aphasiology*, 31(10), 1226-1245.
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.
<https://doi.org/10.1017/S1355617797004876>

- Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 12(2), 97-110.
- Wilson, B. A., Winegardner, J., van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (Eds.). (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. Psychology Press.
- Wilson, B. A. (2003). *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. (Edição). Taylor & Francis or Routledge's. <https://doi.org/10.1201/b16986>
- Worrall, L. E., Hudson, K., Khan, A., Ryan, B., & Simmons-Mackie, N. (2017). Determinants of living well with aphasia in the first year poststroke: a prospective cohort study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(2), 235-240. [https:// 10.1016/j.apmr.2016.06.020](https://10.1016/j.apmr.2016.06.020)
- Yu, F., Rose, K. M., Burgener, S. C., Cunningham, C., Buettner, L. L., Beattie, E., ... & McKenzie, S. E. (2009). Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia. *Journal of gerontological nursing*, 35(3), 23-29.

Anexos

Parte 2

Sofia Alexandra Pacheco Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro, 2023

Sofia Alexandra Pacheco Alves

Relatório de Estágio conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Anexos

Parte 2

Supervisão: Professora Doutora Joana Soares

Lista de Anexos

Anexo A: Tabela: Domínios linguísticos em afasias não fluentes e fluentes

Anexo B: Exercícios de Estimulação Cognitiva: Memória

Anexo C: Exercícios de Estimulação Cognitiva: Atenção

Anexo D: Exercícios de Estimulação Cognitiva: Linguagem

Anexo E: Exercícios de Estimulação Cognitiva: Funcionamento Executivo

Anexo F: Exercícios de Estimulação Cognitiva: Capacidades visuoespaciais e visuoespaciais

Anexo G: Atividade para Grupo Essencial

Anexo H: Jogos de Estimulação Cognitiva

Anexo I: Relatório Neuropsicológico sob orientação da orientadora informal

Anexo J: Nota clínica sob orientação da orientadora informal

Anexo L: Powerpoint: Introdução ao Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2

Anexo M: Powerpoint para o Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2 (psicoeducação)

Anexo N: Material para avaliações neuropsicológicas informais

Anexo O: Tabela de avaliação neuropsicológica informal

Anexo P: Powerpoint: Atividade para Grupo de Estimulação Cognitiva Nível 2

Anexos ao Relatório de Estágio

ANEXO A

Afasia não fluente	Broca	Global	Transcortical motora	Trancortical mista
Fluência	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Compreensão de frases simples	Mantida	Alterada	Mantida	Alterada
Repetição	Alterada	Alterada	Mantida	Mantida
Nomeação	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Leitura	Alterada	Alterada	Pode ser boa	Alterada
Escrita	Alterada	Alterada	Pode ser boa	Alterada

Afasia fluente	Wernicke	Condução	Transcortical Sensorial	Anômica
Fluência	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida
Compreensão de linguagem oral	Alterada	Mantida	Alterada	Mantida
Repetição	Alterada	Alterada	Mantida	Mantida
Nomeação	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Leitura	Alterada	Alterada	Mantida	Mantida
Escrita	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada (anomia)

Domínios linguísticos em afasia não fluente e fluente (Dias et al., 2019)

ANEXO B

Exercício 1

Memória

A Rita tem 43 anos e trabalha numa empresa em Lisboa. É casada há 6 anos com o João e têm dois filhos, o Bruno e o Diogo.

Todos os dias de manhã, a Rita vai de metro para o trabalho. Às 18:30h o marido da Rita vai buscá-la ao trabalho.

A Rita tem que idade?

A Rita é casada?

Há quantos anos?

Como se chama o marido da Rita?

A Rita trabalha em que cidade?

Quantos filhos têm a Rita? Quais são os nomes?

A Rita como vai para o trabalho?

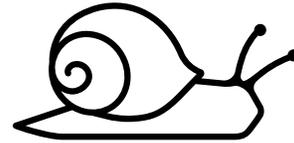
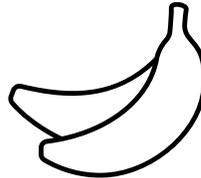
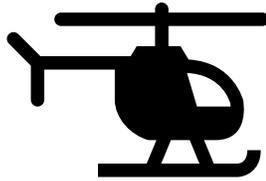
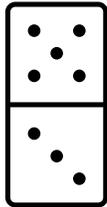
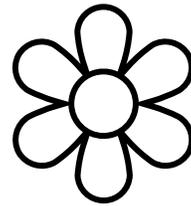
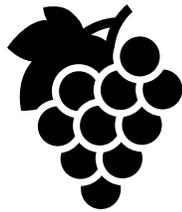
A que horas o marido da Rita vai buscá-la ao trabalho?

Que atividades o João e a Rita fazem à terça-feira?

Exercício 2

Memória

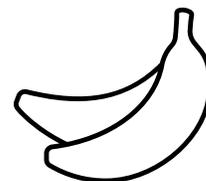
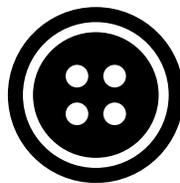
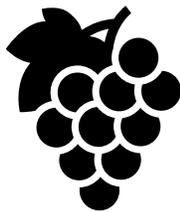
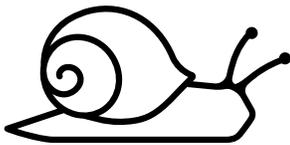
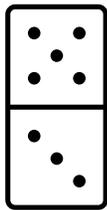
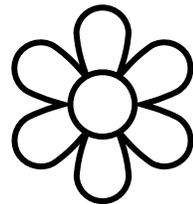
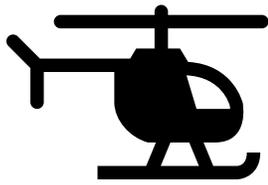
Observe com atenção as imagens.



Exercício 2.1

Memória

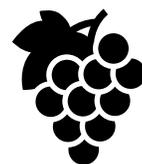
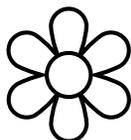
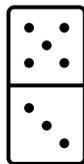
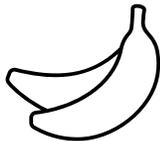
Rodeie as imagens que apareceram.



Exercício 3

Memória

Observe com atenção as imagens.



Exercício 3.1

Memória

Rodeie as imagens que apareceram.

MOTA

ABELHA

UVAS

CARRO

PINHEIRO

MORANGO

BANANA

MAÇÃ

DOMNÓ

PARAFUSO

FLOR

LIVRO

HELICOPETRO

CÃO

CARACOL

BICILETA

Exercício 4

Memória

Vou dizer uma lista de palavras e no final vou pedir que as repita.

SUPERMECADO

ANEL

POLVO

LUA

MANGA

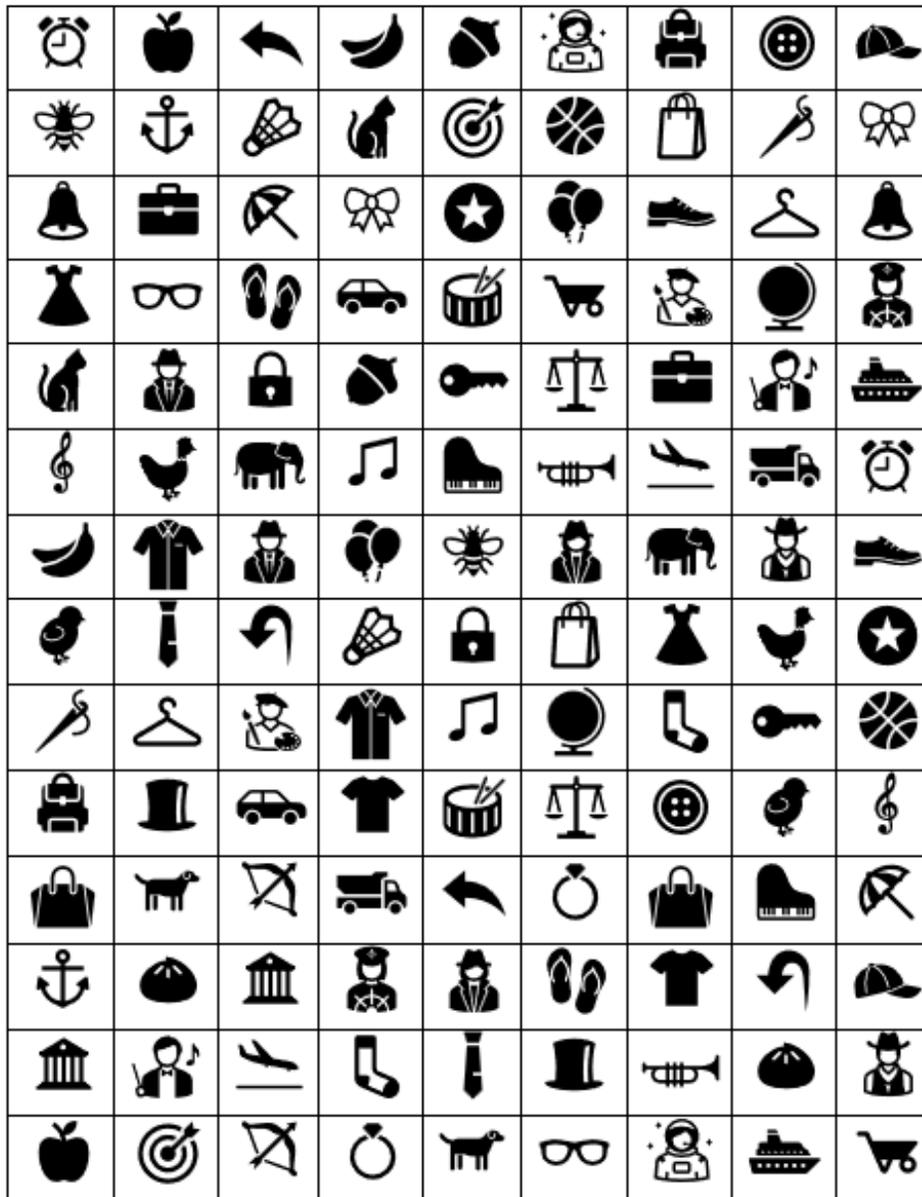
JANELA

ANEXO C

Exercício 1

Atenção

Encontre os pares.



Exercício 2

Atenção

Procure as seguintes palavras na sopa de letras.

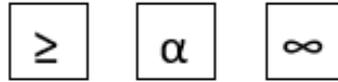
PATO	PESO	PIPA	PISO
PURO	PEÇA	PÊRA	PANO
POVO	PEÃO	POÇO	PNEU

P	A	S	G	P	B	A	S	P	E	C	A
E	V	B	P	O	B	P	A	S	V	F	I
S	P	A	E	V	G	H	I	O	P	L	A
O	C	A	V	O	P	O	D	P	A	E	R
G	H	J	P	O	N	D	S	O	E	R	P
A	P	P	I	R	E	R	B	C	P	I	I
A	E	B	P	U	R	O	M	O	N	P	S
R	A	P	A	P	U	J	L	U	A	S	O
P	O	P	A	F	P	E	R	A	D	F	R
G	H	J	O	L	A	S	P	E	T	V	P
P	G	T	U	I	P	C	V	G	J	A	A
P	I	P	A	S	N	Q	E	R	T	P	N
F	T	U	P	I	E	S	A	C	V	B	O
C	E	S	L	O	U	P	A	P	A	T	O

Exercício 3

Atenção

Rodeie os seguintes símbolos.

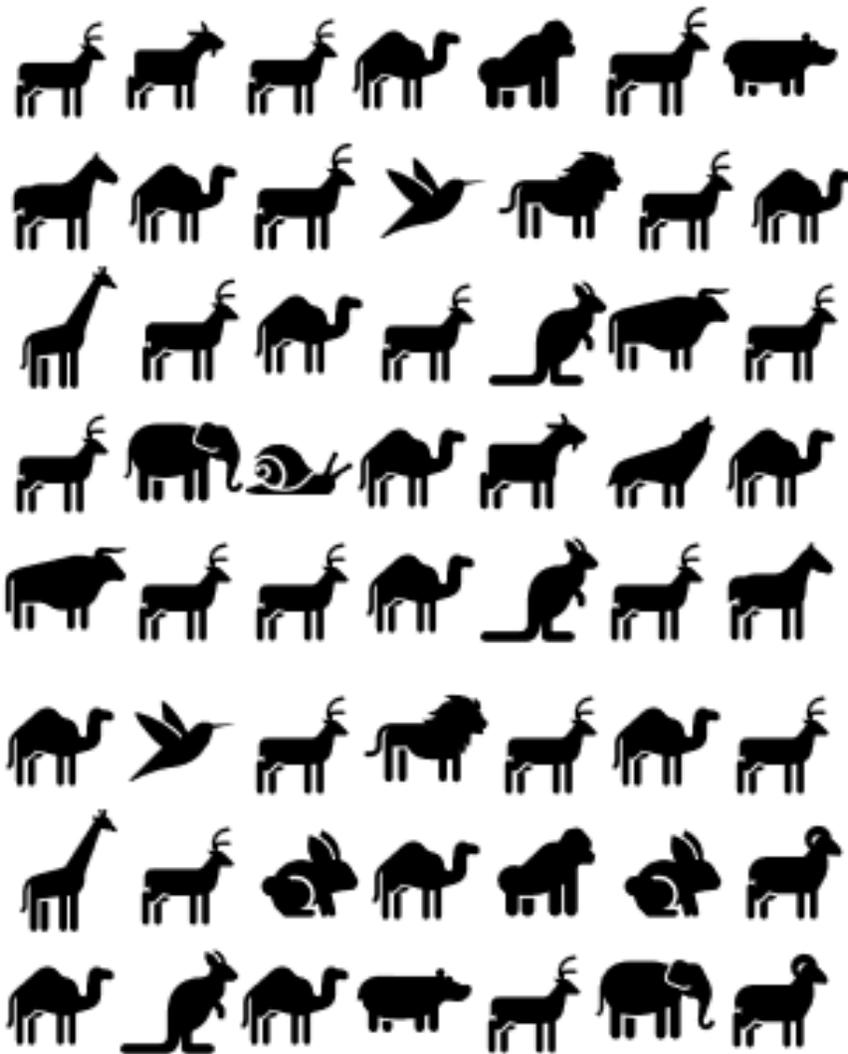


>	◇	∞	>	◇	∞	◇	α	∞	∞
α	≤	α	≤	α	∞	≤	∞	≤	∞
≤	>	◇	∞	≤	α	∞	◇	∞	◇
∞	α	≤	>	◇	≤	α	∞	α	∞
◇	≤	∞	α	α	∞	α	◇	α	∞
∞	α	>	◇	∞	∞	◇	∞	∞	α
α	∞	α	>	≤	◇	≤	≤	∞	≤
≤	≤	>	α	∞	∞	◇	∞	≤	◇
◇	∞	◇	≤	α	≤	∞	◇	α	∞
∞	>	α	∞	◇	α	◇	α	∞	∞
◇	α	>	α	≤	∞	∞	≤	≤	α
α	≤	∞	◇	α	∞	α	∞	α	≤
∞	∞	α	>	◇	∞	≤	◇	∞	∞
◇	α	≤	α	≤	∞	◇	≤	α	≤
α	>	◇	∞	α	α	∞	α	∞	α
≤	∞	α	≤	◇	≤	∞	◇	≤	∞
∞	α	>	◇	≤	∞	≤	∞	α	≤

Exercício 4

Atenção

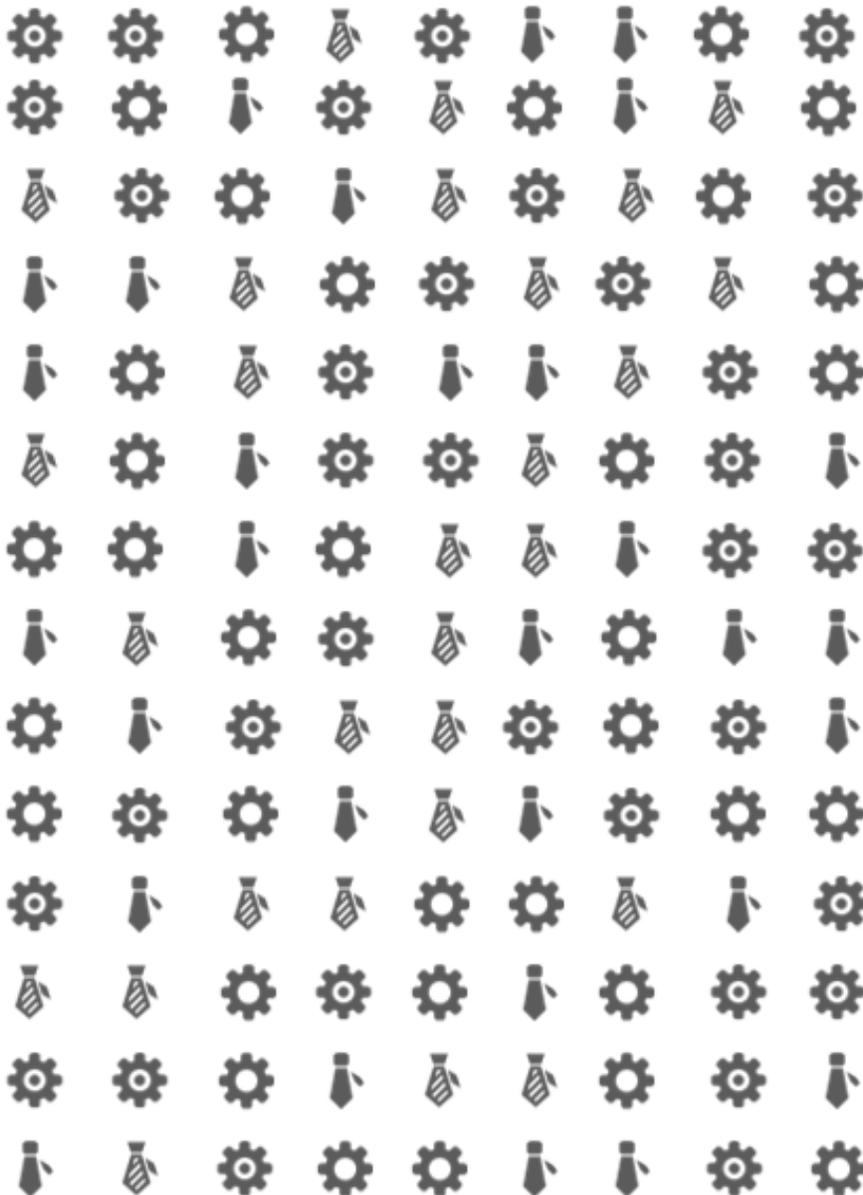
Encontre as seguintes imagens.



Exercício 5

Atenção

Rodeie os seguintes símbolos.



ANEXO D

Exercício 1

Linguagem

Coloque cada palavra no grupo silábico a que pertence.

PIANO	PÊRA	TELEFONE	FOLHA	JARRO
QUINTAL	GIRAFA	BOTÃO	BRANCO	ROXO
BORRACHA	LEÃO	TULIPA	BOI	QUADRADO
ÁGUA	CANETA	COPO	CLARO	PEIXE

1 sílaba	2 sílabas	3 sílabas	4 sílabas

Exercício 2

Linguagem

Escreva cinco palavras para cada letra.

Letra P

Letra Q

Letra D

Letra B

Exercício 3

Linguagem e Funcionamento Executivo

Preencha com as vogais (a, e, i, o, u) de forma a formar palavras.

Atenção: Não repita palavras.

R _ t _

R _ t _

R _ _ _

R _ l _

R _ l _

R _ n _

R _ _ z

R _ d _

R _ _ l

R _ m _

R _ m _

R _ r _

R _ s _

R _ j _

R _ c _

R _ m _

R _ t _

R _ t _

R _ s _

R _ s _

R _ _ _

R _ n s

R _ g _

R _ _ r

R _ x _

R _ b _

R _ n _

R _ m _

R _ m _

R _ _ s

Exercício 4

Linguagem e Funcionamento executivo

Preencha com as sílabas, de forma a formar palavras.

mer	ssa	zar	al	pri	jei	qui	si	ssi	tur	den
-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----

Co ___ ci ___

An ___ oso

Per ___ bar

Pro ___ edade

Nece ___ dade

Su ___ to

Pa ___ gem

Tran ___ li ___

I ___ tidade

dras	xo	pa	ção	ur	para	ro	gador	an	lo
------	----	----	-----	----	------	----	-------	----	----

Sa ___ tei ___

Ga ___ cha

Cora ___

Ma ___ ta

___ fuso

S ___ to

Li ___

Jo ___

M ___ ga

pe	hu	plí	mi	el	to	co	en	te	jar	que
----	----	-----	----	----	----	----	----	----	-----	-----

gil	de
-----	----

A ___ lido

___ mida ___

En ___ ra ___

Im ___ ci ___

R ___ va

Ata ___

I ___ gran ___

P ___ te

Frá ___

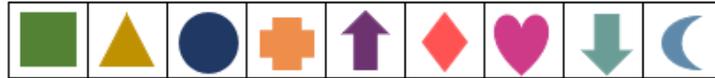
ANEXO E

Exercício 1

Funcionamento Executivo

Coloque cada uma das **9 figuras diferentes** nos espaços em branco.

Atenção: **não pode repetir** figuras iguais na mesma **linha ou coluna**.



↑	●			♥				
◇			■	☾	↑			
	☾	↓					◇	
↓				◇				●
+			↓		●			■
♥				▲				◇
	◇					▲	↓	
			+	■	☾			↑
				↓			♥	☾

Exercício 2

Funcionamento Executivo

Ligue a **primeira parte** do provérbio à **segunda parte** e depois ao seu **significado**.

Não existe rosa	é aquele que não quer ver.	Quando alguém está a passar por uma situação difícil em consequência das suas ações.
Águas passadas ...	há fogo.	Necessidade de desapegar de situações passadas.
Antes só ...	sem espinho.	Precisamos de estar atento aos sinais, pois podem querer indicar que algo não está bem.
O pior cego ...	do que mal acompanhado.	As coisas mais bonitas podem trazer desafios.
Quem semeia vento ...	não movem moinhos.	Se a pessoa que temos ao lado não é agradável mais vale estarmos sozinhos.
Onde há fumaça ...	colhe tempestades.	Quando alguém está muito envolvida numa situação e não consegue ver as coisas de forma racional.

Exercício 3

Funcionamento Executivo

<p>HORA ATUAL:</p> <p>_____</p>	
--	--

Daqui a **80 minutos** serão? _____

Daqui a **120 minutos** serão? _____

Daqui a **145 minutos** serão? _____

Daqui a **185 minutos** serão? _____

<p>HORA ATUAL:</p> <p>_____</p>	
--	--

O relógio está atrasado **30 minutos**. Que horas são? _____

O relógio está atrasado **80 minutos**. Que horas são? _____

O relógio está atrasado **120 minutos**. Que horas são? _____

O relógio está atrasado **195 minutos**. Que horas são? _____

O relógio está atrasado **240 minutos**. Que horas são? _____

O relógio está atrasado **260 minutos**. Que horas são? _____

Exercício 4

Funcionamento Executivo

Responda às seguintes perguntas.

Um dia tem quantas **horas**?

Três dias tem quantas **horas**?

Uma semana tem quantas **horas**?

Duas horas tem quantos **minutos**?

Três horas e meia tem quantos **minutos**?

Cinco horas e cinco minutos tem quantos **minutos**?

Sete horas e 38 minutos tem quantos **minutos**?

Três minutos tem quantos **segundos**?

Dois minutos e trinta segundos tem quantos **segundos**?

Exercício 5

Funcionamento Executivo

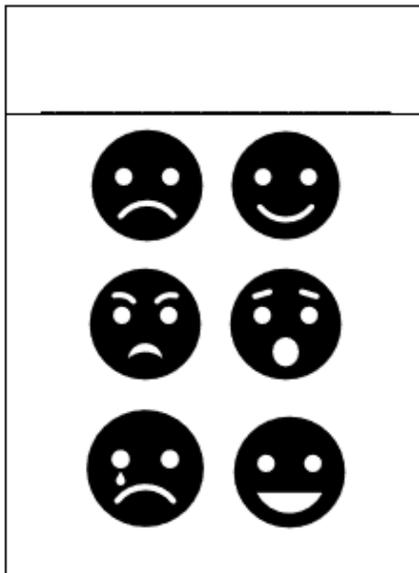
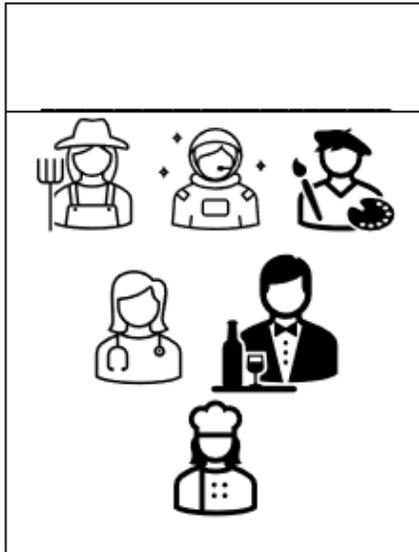
Complete a sequência.

20	16	21	17	_____
17	12	19	14	_____
9	15	10	16	_____
30	26	32	28	_____

Exercício 6

Funcionamento Executivo

Atribua uma categoria a cada conjunto de imagens.



Exercício 7

Funcionamento Executivo

Complete as frases com palavras que não façam sentido.

Vou ao _____ comprar pregos.

Costumo comer carne com _____.

Gosto de beber _____.

No ginásio costumo fazer _____.

Vou ao centro comercial _____.

Ontem fui ao _____.

Vou ouvir um _____.

Ontem vi _____.

Quando está calor _____.

Exercício 8

Funcionamento Executivo

Descubra o valor de cada símbolo.

	+		=	10				
	+		=	12				
	+		+		+		=	8
	+		=	16				
	+		=	15				

 = _____

 = _____

 = _____

 = _____

 = _____

	+		=	20		
	+		=	18		
	+		+		=	9
	+		=	14		
	+		=	19		
	+		=	15		

 = _____

 = _____

 = _____

 = _____

 = _____

 = _____

Exercício 9

Funcionamento Executivo

Coloque cada uma das **4 figuras diferentes** nos espaços em branco.

Atenção: **não pode repetir** figuras iguais na mesma **linha ou coluna**.



▲	●		↓
	↓		▲
●			
	■	▲	●

■			▲
			↓
▲	■	↓	●
↓	●		

●			▲
	■		↓
■	▲		●
↓		▲	

	■		▲
	↓		■
↓		■	
	●	▲	↓

	▲		■
	●	↓	
●	■		↓
▲		■	

	↓	●	
■		▲	
		↓	
↓	▲	■	●

Exercício 10

Funcionamento Executivo

Rodeie quando a palavra escrita corresponde à cor.



PRETO	ROSA	LARANJA	VERMELHO	VERDE
ROXO	AMARELO	AZUL	CINZENTO	BRANCO
VERMELHO	AZUL	VERDE	LARANJA	AMARELO
ROXO	PRETO	BRANCO	CINZENTO	AZUL
ROXO	ROSA	VERMELHO	VERDE	AMARELO
LARANJA	AZUL	ROSA	AZUL	ROXO
VERMELHO	VERDE	LARANJA	VERMELHO	ROSA
AMARELO	BRANCO	ROSA	AZUL	VERDE
VERMELHO	ROXO	VERDE	PRETO	AZUL
LARANJA	AZUL	CINZENTO	ROSA	VERMELHO
ROXO	AZUL	VERDE	LARANJA	AMARELO
ROSA	VERMELHO	VERDE	AZUL	CINZENTO
AMARELO	PRETO	LARANJA	ROXO	ROSA

ANEXO F

Exercício 1

Orientação e Capacidades visuoespaciais

Observe a imagem.



O que está à direita da cama? _____

O que está à esquerda da cama? _____

O que está em cima da mesinha do lado direito? _____

O que está em cima da mesinha do lado esquerdo? _____

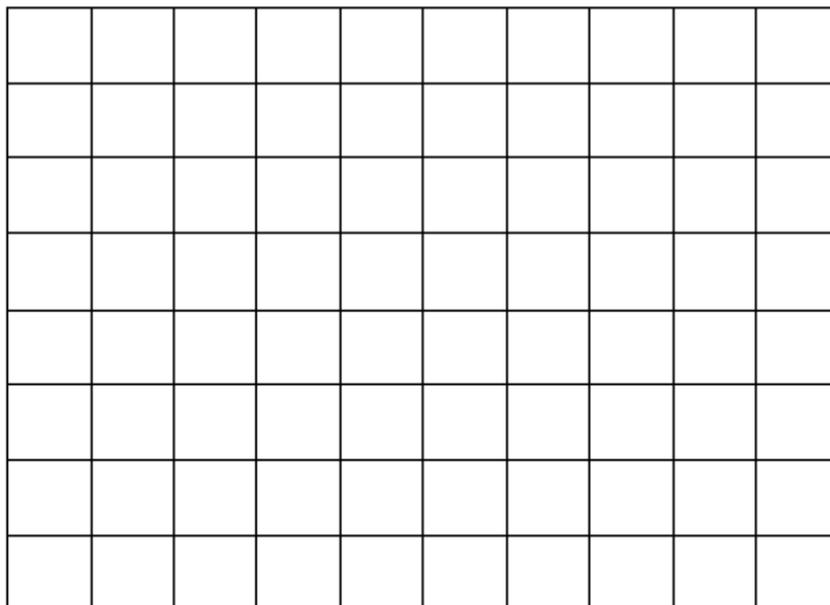
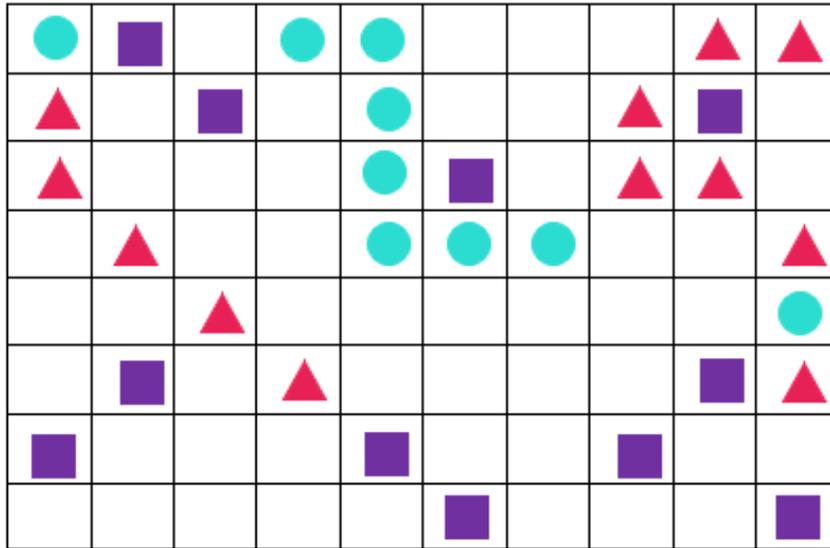
O que está por baixo da janela? _____

O quadro encontra-se por cima de quê? _____

Exercício 2

Capacidades visuoespaciais e visuoconstrutivas

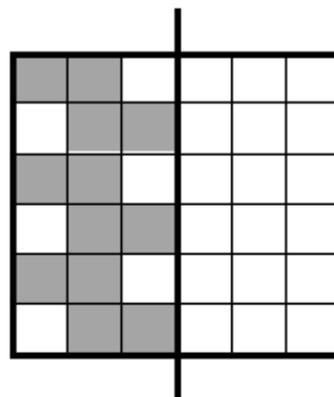
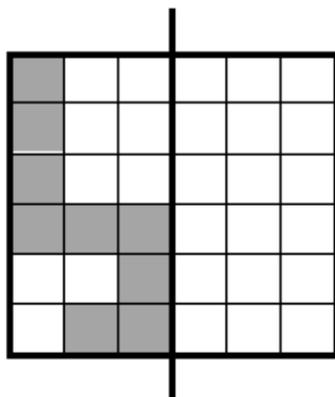
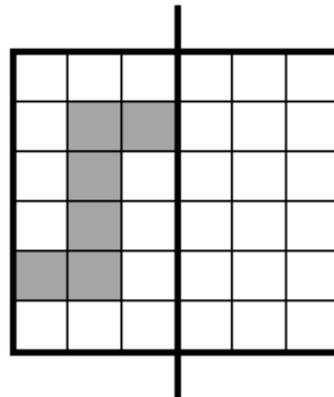
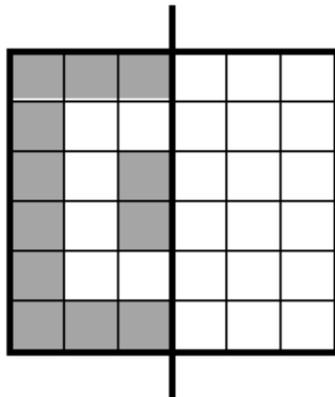
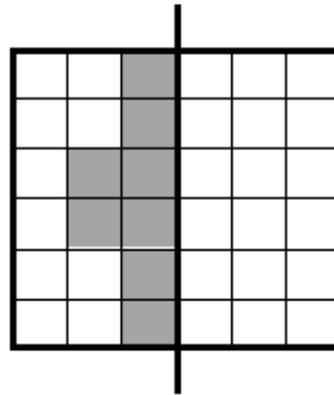
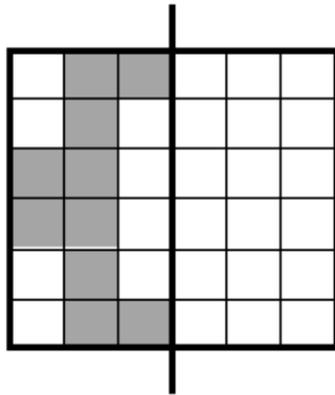
Copie as figuras para a **mesma posição**.



Exercício 3

Capacidades Visuoconstrutivas e Visuoespaciais

Complete o **lado direito** das imagens.

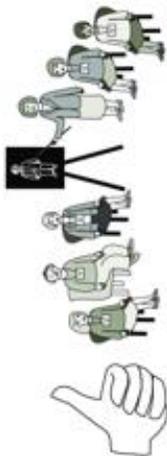


ANEXO G

Quais são as suas maiores **dificuldades** no **grupo**?



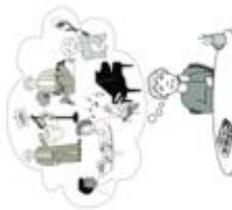
Que tipo de atividades em **grupo** gosta?



Em que atividades do **dia a dia** sente mais **dificuldade**?



Tem algum **passatempo**?



Tinha alguma **atividade** que **goste**, mas que já não faça?

Se sim, gostava de retomar?



Uma **palavra** para si que represente o **grupo**?



O que espera destas sessões?



No **dia a dia** em que situações se sente mais **frustrado**?



Que **mudanças** fazia neste grupo?



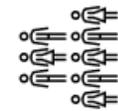
O que considera mais **importante** para si neste momento?



Identifique uma **qualidade** sua.



O que gostava que outras pessoas soubessem sobre a **afasia**?



Um **episódio divertido** que queira partilhar.



ANEXO H



Palavra a descrever: **ELEVADOR**

Palavras Proibidas:

Subir e descer

Transporte

Escada

Palavra a descrever:

AQUECEDOR

Palavras Proibidas:

Calor

Frio

Palavra a descrever: **SOPA**

Palavras Proibidas:

Legumes ou nomes de legumes
(ex. feijão, couve, ...)

Palavra a descrever: **CAVALO**

Palavras Proibidas:

Cavalgar

Cavaleiro

Palavra a descrever: **LER UM**

LIVRO

Palavras Proibidas:

Livro

Histórias

Palavra a descrever: **LAVAR A**

LOIÇA

Palavras Proibidas:

Lavar

Loiça ou nomes de loiças (ex.
pratos, copos, ...)

Água

Detergente



Palavra a descrever: **DORMIR**

Palavras Proibidas:

Descansar

Lençóis

Cama

Noite

Almofada

Palavra a descrever:
TELEFONAR A ALGUÉM

Palavras Proibidas:

Falar

Telemóvel

Telefone

Telefonar/ligar

Chamadas

Palavra a descrever: **PISCINA**

Palavras Proibidas:

Água

Nadar

Natação

Palavra a descrever: **AGENDA**

Palavras Proibidas:

Dias da semana

Calendário

Registrar

Palavra a descrever: **FARMÁCIA**

Palavras Proibidas:

Doente

Farmacêuticos

Medicamentos/Remédios e
nomes de medicamentos

Doença

Palavra a descrever:
PERSIANAS

Palavras Proibidas:

Luz

Janela

Escurecimento

DESAFIO COGNITIVO

Bata **uma vez** na mesa sempre que ouvir a "maçã" e **duas vezes** quando ouvir "laranja".

MAÇÃ	PÊRA	MAÇÃ	LARANJA
MORANGO	MAÇÃ	MORANGO	LIMÃO
MAÇÃ	BANANA	LARANJA	MAÇÃ
LARANJA	MAÇÃ	MELÃO	LARANJA

DESAFIO COGNITIVO

A Rita tem 43 anos e trabalha numa empresa em Lisboa. É casada há 6 anos com o João e têm dois filhos, o Bruno e o Diogo.

Todos os dias de manhã, a Rita vai de metro para o trabalho. Às 18:30h o marido da Rita vai buscá-la ao trabalho.

Todas as terças-feiras, o João vai ao banco e a Rita vai ao supermercado.

DESAFIO COGNITIVO

O que têm em comum estas imagens?



DESAFIO COGNITIVO

Organize a frase.

ao comprar de legumes fui
supermercado manhã hoje
fruta e.

DESAFIO COGNITIVO

Ordene os seguintes passos.

IR AO CINEMA:

Estacionar o carro no parque de estacionamento do centro comercial.
Pagar os bilhetes e as pipocas.
Ver a sala e os lugares.
Escolher o filme.
Sentar e assistir ao filme.
Entrar no centro comercial e dirigir-me ao cinema.

DESAFIO COGNITIVO

Responda às seguintes palavras, de acordo com o texto.

1. A Rita têm que idade?
2. Quantos filhos têm a Rita? Quais são os nomes?
3. A Rita como vai para o trabalho?
4. Quando é que o João vai ao banco? E a Rita quando é que vai ao supermercado?

DESAFIO COGNITIVO

Sinalize uma palavra com a cor correspondente.

Exemplo: Resposta – A2

1	2	3	4
A	Laranja	Verde	Preto Rosa

1	2	3	4
A	Azul	Vermelho	Verde Castanho
B	Verde	Roxo	Rosa Preto
C	Verde	Amarelo	Laranja Azul

DESAFIO COGNITIVO

Com a imagem seguinte crie um cenário.



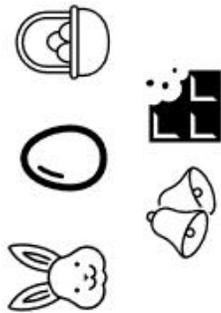
DESAFIO COGNITIVO

Descubra o intruso.

PIOCAS	BILHETE	SAPATO	SUMO
LIVRO	TELEVISÃO	REVISTA	JORNAL
GALINHA	ABELHA	BORBOLETA	CÃO
NEVE	GELADO	MAR	SOL

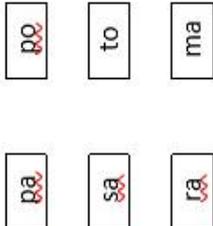
DESAFIO COGNITIVO

Atribua uma categoria para as seguintes imagens.



DESAFIO COGNITIVO

Com as seguintes sílabas forme quatro palavras.



DESAFIO COGNITIVO

Complete as frases com palavras que **não** façam sentido.

Exemplo: Gosto de beber flores.

Vou ao ginásio _____.

Vou para o trabalho de _____.

Quando saio de casa costumo vestir _____.

DESAFIO COGNITIVO

Com a imagem seguinte crie um cenário.





MÍMICA E SONS

GUARDAR

MÍMICA E SONS

FOTOGRAFAR

MÍMICA E SONS

CHOCAR

MÍMICA E SONS

MAQUILHAR

MÍMICA E SONS

CHUTAR

MÍMICA E SONS

ANOTAR



MÍMICA E SONS
GANHAR

MÍMICA E SONS
DAR CAMBALHOTAS

MÍMICA E SONS
GALOPAR

MÍMICA E SONS
EMPURRAR

MÍMICA E SONS
PEREGRINAR

MÍMICA E SONS
DESTRUIR



TRAÇOS E DESENHOS
LÁGRIMA

TRAÇOS E DESENHOS
BEIJO

TRAÇOS E DESENHOS
CAIXOTE DO LIXO

TRAÇOS E DESENHOS
AUTO-ESTRADA

TRAÇOS E DESENHOS
CANA DE PESCA

TRAÇOS E DESENHOS
ASPIRADOR



TRAÇOS E DESENHOS
INDIA

TRAÇOS E DESENHOS
CÉREBRO

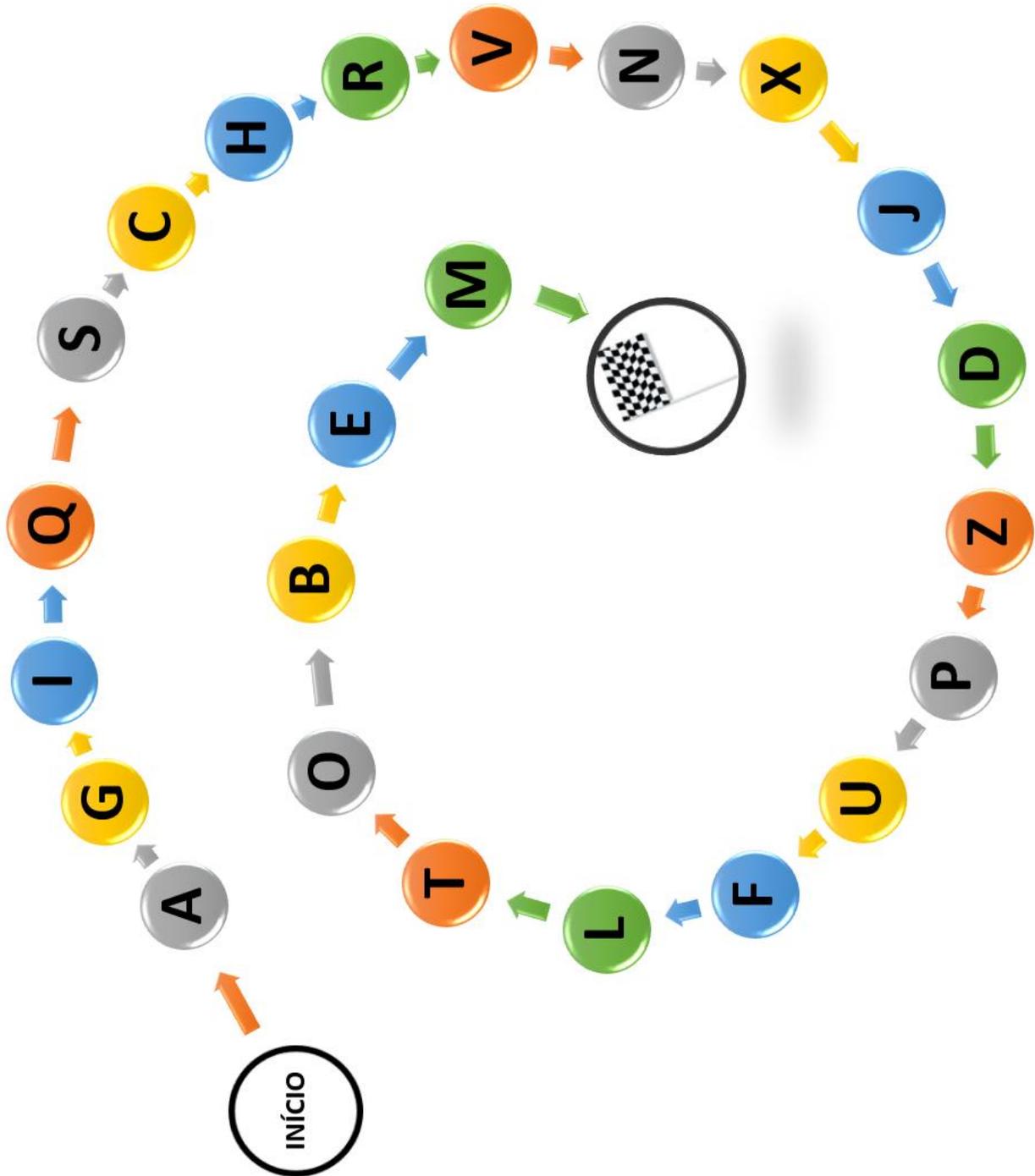
TRAÇOS E DESENHOS
IMPRESSORA

TRAÇOS E DESENHOS
DRAGÃO

TRAÇOS E DESENHOS
OVOS ESTRELADOS

TRAÇOS E DESENHOS
COSTELA

Atividade 2



A

Um **transporte aéreo** e uma **cor** com a letra A.

Respostas:

Transporte aéreo: avião

Cor: azul

B

Uma **fruta** e um **animal** com a letra B.

Respostas:

Fruta: banana

Animal: baleia

C

Um **objeto** e um **animal** com a letra C.

Respostas:

Objeto: colher, caneca

Animal: cão

D

Dois **objetos** com a letra D.

Respostas:

Objetos: dado, dominó, dardo

E

Quais são as 4 **letras** antes do E?

Respostas:

A, B, C, D

F

Um **instrumento de medição** com a letra F.

Respostas:

Fita métrica



G

Qual é o número da letra **G** no alfabeto?

Respostas:
7ª letra

H

Um animal com a letra **H**.

Respostas:
Hipopótamo, Hiena, ...

I

Qual é o número da letra **I** no alfabeto?

Respostas:
9ª letra

J

Um objeto e um animal com a letra **D**.

Respostas:
Objeto: jarra
Animal: javali, joaninha

L

Uma fruta com a letra **L**.

Respostas:
Fruta: limão, laranja

M

Um transporte terrestre com a letra **M**.

Respostas:
Mota, metro

N

Um transporte aquático com a letra N.

Respostas:

Navio

O

Duas palavras com a letra O.

Respostas:

Óculos, olhos, ...

P

Quais são as 4 letras antes do P?

Respostas:

L, M, N, O

Q

Um alimento com a letra Q.

Respostas:

Queijo

R

Um meio de comunicação e duas cores com a letra R.

Respostas:

Meio de comunicação: rádio

Cores: rosa, roxo

S

Qual é o número da letra S no alfabeto?

Respostas:

18ª letra

V

Um instrumento musical com a letra V.

Respostas:
Viola, violino

U

Um animal com a letra U.

Respostas:
Urso

Z

Um animal com a letra Z.

Respostas:
Zebra

T

Quais são as 4 letras antes do T?

Respostas:
P, Q, R, S

X

Uma palavra com a letra X.

Respostas:
Xilofone, xadrez,

ANEXO I

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Observação comportamental: Consciente, colaborante e empenhado. À data da avaliação, apresentava-se desorientado no tempo e espaço. Idade aparente coincidente com idade real. Exibiu aspeto físico cuidado, manteve contacto ocular adequado ao contexto. Exibiu cooperação razoável face ao exame realizado. Por vezes confuso e a tentar justificar as suas dificuldades como sendo normais. Reconheceu algumas das dificuldades – sobretudo no discurso – mas no geral tem já pouca consciência das suas dificuldades.

Procedimento e resultados: Procedeu-se à realização de avaliação multidimensional da Afasia progressiva. Avaliaram-se os domínios da linguagem e funções cognitivas e o impacto dos défices no domínio da Participação em atividades e no domínio pessoal (emoções, identidade), bem como procurou-se avaliar o domínio contextual (rede de suporte, barreiras e facilitadores). Foram utilizados testes estandardizados, entrevistas semiestruturadas quer ao Sr. JD, como à esposa e aos dois filhos, com foco no estado de consciência, nível pré-mórbido, atitude da pessoa face à avaliação, principais queixas (queixas subjetivas e espontâneas, queixas generalizadas, queixas sobre sintomas específicos episódicos, queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva e, por fim, queixas sobre dificuldades nas funções complexas).

Resultados:

Domínios		Descrição	Instrumentos
Linguagem	Discurso / Expressão	Discurso vago, com frequentes pausas anômicas relacionadas com as dificuldades de acesso lexical e também frequentes parafasias fonológicas e semânticas. Existe uma limitação moderada das ideias que J quer expressar. É necessário que o interlocutor facilite a comunicação, fazendo perguntas de sim/não e dando opções, para que a troca de informações aconteça.	BAAL + Av. Qualitativa + Progressive Aphasia Severity Scale (PASS)
	Compreensão	Compreensão oral simples mantida. Compreensão oral complexa perturbada. É necessário o interlocutor adaptar-se, utilizando estratégias como: falar com calma, dizer frases simples com termos simplificados, e utilizar gestos, desenho ou escrita de palavras-chave para apoiar a sua compreensão, e ainda realizar verificação e repetição.	BAAL + Av. Qualitativa + Progressive Aphasia Severity Scale (PASS)
	Leitura	Compreensão de leitura perturbada ao nível do texto, que poderá também estar agravada pelos défices de memória (frases mais compridas são mais difíceis de reter e interpretar). Leitura em voz alta perturbada e realizada grafema a grafema. Já não realiza leitura global.	BAAL + Av. qualitativa
	Escrita	Escrita totalmente perturbada inclusivamente por cópia. Dificuldades na escrita por ditado (presença de erros ortográficos).	BAAL
Outras funções cognitivas	Orientação	Desorientação espacial e temporal. Autopsiquicamente orientado.	Av. informal
	Atenção e velocidade de processamento	Boa capacidade de atenção visual e atenção sustentada.	Av. informal
	Memória	Défice severo no desempenho em tarefas de evocação diferida. Alterações no desempenho em tarefas que exigem memória de trabalho verbal. Dificuldades em tarefas que envolvam memória de trabalho. Capacidade preservada de reconhecimento de objetos, cores, animais, alimentos, números e letras. <small>*A enquadrar tendo em conta a APP e a carga verbal das tarefas.</small>	Av. informal
	Cálculo	Alterações nas competências de subtração numa tarefa de cálculo mental.	Tarefa de Subtração MMSE Tarefa de Subtração MoCA
	Funcionamento executivo	O rastreio das FE é sugestivo de défice. Revelou dificuldades de planeamento, categorização e flexibilidade cognitiva. Capacidade de controlar impulsos mantida. <small>*A enquadrar tendo em conta a APP e a carga verbal das tarefas.</small>	Av. informal

NOTA: todos os dados contidos neste relatório e a respetiva conclusão necessitam de integração clínica. Devem ser complementados com a restante informação disponível e analisados por um profissional especializado.



	Praxias e capacidades visuo-construtivas	Alterações moderada a severa em tarefas dependentes do processamento visuo-espacial/construtivo.	TDR
Pessoal / Emocional	Ansiedade:	Ausência de sintomatologia ansiosa.	Av. informal baseada na HADS
	Depressão:	Inconclusivo quanto à presença de sintomatologia depressiva. Carece de uma avaliação mais aprofundada.	
Atividades Participação	Tem havido, progressivamente, uma redução das atividades que o Sr. J realiza de forma autónoma. Colabora com a família em algumas tarefas (e.g., jardinagem, cuidar dos netos, buscar comida ao restaurante, ir às compras, conduzir). Recomenda-se realizar brevemente uma avaliação de condução (Alcoitão). Recomenda-se apoio à pessoa que convive mais tempo com o Sr. J, neste caso a esposa (I), para aprender estratégias para lidar com a situação. Os filhos também solicitaram apoio e orientação. Denota-se falta de informação sobre Não estão a ser utilizadas quaisquer estratégias de comunicação compensatórias para os défices apresentados, com impacto emocional na família. Tanto J como a família apresentam frustração quando J não é compreendido e quando não compreende os outros.		Entrevista e Progressive Aphasia Severity Scale (PASS)
Contextual	Rede de suporte reduzida e pouco informada / capacitada.		PASS

Conclusão da avaliação:

As alterações identificadas no perfil cognitivo são compatíveis com Afasia Progressiva Primária numa fase intermédia da doença. Neste contexto, aconselha-se o início do acompanhamento por uma equipa multidisciplinar que inclua, no mínimo, um terapeuta da fala, um Neuropsicólogo e um médico neurologista em estreita colaboração e comunicação com a I e os filhos.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nota: esta fase de evolução da doença, recomenda-se que a intervenção terapêutica não seja apenas com o J e apenas com foco na estimulação das competências preservadas, mas sobretudo procure implementar estratégias, apoiar e capacitar a rede de suporte, manter funcionalidade, etc... Segue-se a nossa proposta de Plano de intervenção. A equipa do IPA encontra-se totalmente ao dispor para discutir estas propostas ou outras com restante equipa.

Objetivos gerais:

- Compensar as dificuldades que J apresenta na comunicação e na memória para promover a sua funcionalidade nas atividades do dia-a-dia;
- Manter J ativo e estimulado, encontrando atividades que o ocupem/estimulem e que permitam que a esposa tenha algum espaço para ela própria;
- Aumentar a rede de suporte da família;
- Cuidar da I (esposa), para que possa estar mais disponível para cuidar de J.

NOTA: todos os dados contidos neste relatório e a respetiva conclusão necessitam de integração clínica. Devem ser complementados com a restante informação disponível e analisados por um profissional especializado.



Objetivos específicos:	
Domínio da linguagem, fala e outras funções cognitivas	<ul style="list-style-type: none">● Estimulação neurocognitiva de forma presencial, se possível centrada em atividades e preferências do J, de preferência na área de residência e em conjunto com outras pessoas;● Explicar abertamente aos familiares as mudanças que vão acontecendo
Domínio das atividades e participação Contexto	<ul style="list-style-type: none">● Mante-lo envolvido nas atividades do dia-a-dia o mais possível● Estabelecer rotinas para o J e mantê-las o mais possível● Implementar e treinar estratégias de comunicação (uso de uma agenda, alarmes, organizadores externos, etc.) focadas nas atividades e rotinas do dia-a-dia de forma a que possa manter escolhas, fazer-se entender e compreender melhor os outros, etc● Informar e consciencializar toda a família e rede social mais próxima sobre a afasia progressiva primária, suas implicações e como podem ajudar.● Identificar um ou dois amigos com quem possam falar a explicar a situação do J e perceber se podem dar algum tipo de apoio (nem que seja uma hora por semana, para ir conversar ou dar uma volta com o J)● Procurar um contexto institucional que possa oferecer atividades diárias estimulantes para o J e rotinas estabelecidas (recomenda-se o Neuroser)● Apoiar emocionalmente a família (em conjunto e individualmente se necessário) nas mudanças e situações mais difíceis de gerir (p.e.deixar de conduzir)● Explicar abertamente aos familiares as mudanças que vão acontecendo e ouvir o que funciona e não funciona para continuamente adaptar as estratégias
Domínio pessoal	<ul style="list-style-type: none">● Aumentar a motivação do Sr. J para continuar a participar nas atividades do dia-a-dia.● Promover o bem-estar da esposa e dos filhos e

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS
<ul style="list-style-type: none">● Acompanhamento em Terapia da Fala para o Sr. J, família e rede de suporte (outros amigos, cuidadores e profissionais que venham a interagir com o Sr JD instruindo-os com estratégias)● Acompanhamento neuropsicológico para o Sr. J, família e rede de suporte (outros amigos, cuidadores e profissionais que venham a interagir com o Sr J instruindo-os com estratégias)● Reuniões frequentes com familiares e equipa para psicoeducação e ouvir necessidades e dúvidas● Inclusão do Sr J num centro de dia com várias atividades estimulantes;● Acompanhamento psicológico (individual) para a I e filhos na medida das suas necessidades

Matosinhos, 13 de junho de 2022

A Psicóloga,

A Terapeuta da Fala,

(Cédula profissional :)

(Cédula profissional n.º)

Paula Valente (Diretora Executiva e Terapeuta da Fala)

NOTA: todos os dados contidos neste relatório e a respetiva conclusão necessitam de integração clínica. Devem ser complementados com a restante informação disponível e analisados por um profissional especializado.

ANEXO J

Matosinhos, 30 de junho de 2022

Exmo./a. Sr./a. Dr./a,

O utente _____ é acompanhado pelo _____
desde abril de 2021, nas valências de Terapia da Fala, Neuropsicologia e
Psicologia.

_____ apresentava um diagnóstico compatível com uma Afasia Anômica, grau 3 (pela escala de gravidade da afasia), à data da última reavaliação, decorrente de uma **lesão cerebral** a 25/08/2020, pelo que já se encontrava em fase crónica. Com base nas **Guidelines** para a intervenção terapêutica nesta fase e tendo em consideração as necessidades do utente, o IPA adotou, tal como mencionado no último relatório de evolução (momento da 3ª reavaliação -14/03/2022), por isso, uma abordagem com foco na funcionalidade e qualidade de vida do utente. Para tal definiram-se os seguintes objetivos:

1. Otimizar a funcionalidade comunicativa em todos os contextos e com todos os interlocutores do dia a dia (com especial foco no contexto laboral);
2. Otimizar a escrita funcional e compreensão de mensagens em todos os contextos do dia a dia (com especial foco no contexto laboral)
3. Reforçar o uso de estratégias compensatórias já utilizadas;
4. Identificar barreiras e promover adaptações necessárias ao contexto laboral;
5. Aumentar a autonomia em conversas em todos os contextos e com todos os interlocutores do dia a dia (com especial foco no contexto laboral);
6. Manutenção da estimulação cognitiva focada na velocidade de processamento, memória e funcionamento executivo;
7. Promover estratégias de regulação emocional e de controlo de impulsos em todos os contextos do dia a dia (com especial foco no contexto laboral).

À data o utente _____ apresenta um discurso fluente com a presença de ocasionais pausas anômicas e, por vezes, dificuldades na organização e estruturação do seu discurso, assim como na flexão verbal, quer na oralidade, quer na escrita. No entanto, estas dificuldades não têm tido impacto significativo na sua comunicação funcional, em todos os contextos que frequenta, uma vez que, utiliza, espontaneamente, estratégias para compensar essas dificuldades. Os seus parceiros de comunicação estão mais sensibilizados para as consequências da lesão cerebral, em termos de comunicação e funcionamento geral, e utilizam estratégias que facilitam



a comunicação e a interação com o utente. A leitura de mensagens tem evoluído significativamente, embora, em algumas situações, necessite de voltar a reler as mensagens, com mais calma. Neste momento, necessita cada vez menos de ajuda, por parte da rede de apoio, para conseguir transmitir as suas mensagens, conseguindo assumir uma maior autonomia na sua vida e nas suas conversas.

Observa-se¹, ao nível da cognição global, uma melhoria significativa em tarefas que dependem dos domínios cognitivos alterados, a ser enquadrada com as dificuldades linguísticas causadas pela afasia. utiliza ativamente estratégias compensatórias no seu contexto de vida (ex. bloco com anotações das medidas, no local de trabalho, como compensação da memória a curto prazo), não identificando em auto-relato outras dificuldades no seu dia-a-dia, sugestivo de elevada funcionalidade e autonomia.

Apresenta humor estável e tem implementado estratégias para gerir o impacto psicossocial das alterações decorrentes da lesão cerebral, em todos os seus contextos.

Considera-se assim, no momento presente, que não existe a necessidade de continuidade de acompanhamento do utente , nas valências acima referidas.

Contudo, sugere-se um novo momento com o utente | e a sua família daqui a 6 meses, de forma a perceber se surgiram outras necessidades relacionadas com a cronicidade da afasia e com o seu regresso ao trabalho.

Sem mais assunto de momento, encontramos-nos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

A Terapeuta da Fala,

A Psicóloga,

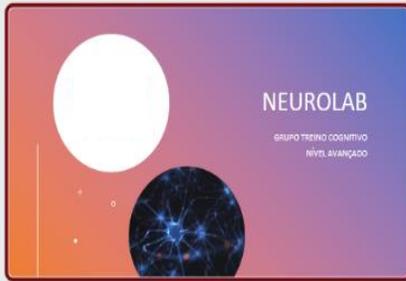
A Psicóloga Estagiária,

(Cédula profissional N.º C-

(Cédula profissional n.º,

(Sofia Alves)

ANEXO L



1

★



2



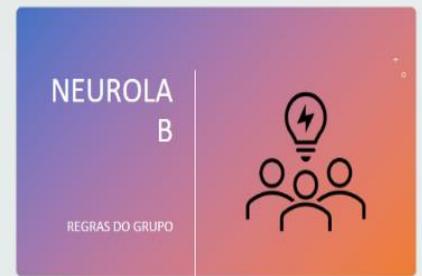
3



4



5



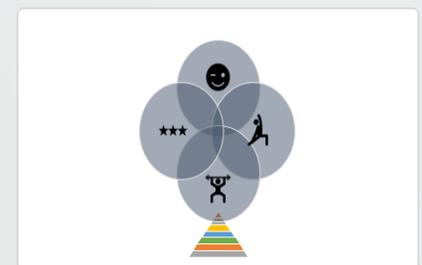
6



7



8



9



10

ANEXO M

NEUROLAB

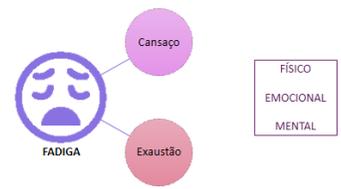
GRUPO TREINO COGNITIVO
NÍVEL AVANÇADO
10/05/2022

1



FADIGA

2



FADIGA

Cansaço

Exaustão

FÍSICO
EMOCIONAL
MENTAL

3



FADIGA "ANORMAL"

AVC

4

AVC

↓

30 a 72%

5



Lesão cerebral adquirida
AVC

FADIGA

6

Impacto Negativo



Humor

Funcionamento físico

Atenção

Memória

Comunicação

Níveis de tolerância

7



Esforço mental

Impacto cognitivo e irritabilidade

FADIGA

8

Tipos de fadiga



Fadiga física

Fadiga psicológica

Fadiga mental

9

Causas da fadiga



Dano em regiões do cérebro

Processamento de informação identificado

Tarefas automáticas afetadas

10

Que estratégias utiliza no dia a dia para combater a fadiga?

11

Estratégias



Reconhecer sinais de cansaço

Respeitar o seu ritmo

Estabelecer rotinas e estrutura

12

Estratégias



13

Estratégias



14

Estratégias



15

Estratégias



16



17

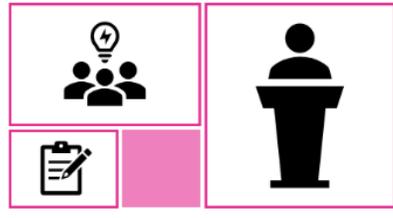
Atividade



18



19



20



21

ANEXO N





AZUL



LARANJA



VERMELHO



ROXO



VERDE



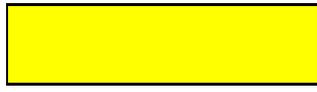
CINZENTO



ROSA



PRETO



AMARELO

SEGUNDA

TERÇA

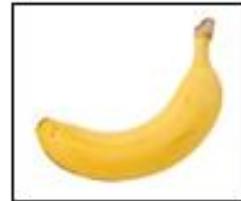
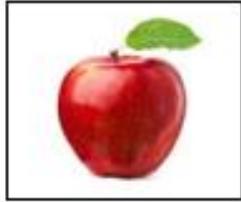
QUARTA

QUINTA

SEXTA

SÁBADO

DOMINGO







1

10

5

8

4

9

3

2

7

6



1	JANEIRO	1990	2021
2	FEVEREIRO	1991	2022
3	MARÇO	1992	2023
4	ABRIL	1993	2024
5	MAIO	1994	2025
6	JUNHO	1995	2026
7	JULHO	1996	2027
8	AGOSTO	1997	2028
9	SETEMBRO	1998	2029
10	OUTUBRO	1999	2030
11	NOVEMBRO	2000	
12	DEZEMBRO	2001	
13		2002	
14		2003	
15		2004	
16		2005	
17		2006	
18		2007	
19		2008	
20		2009	
21		2010	
22		2011	
23		2012	
24		2013	
25		2014	
26		2015	
27		2016	
28		2017	
29		2018	
30		2019	
31		2020	

ANEXO O

NEUROLAB

GRUPO ESTIMULAÇÃO
COGNITIVA
NÍVEL 2
24/05/2022

1



CONQUISTA PESSOAL

1. Tema
2. Explicar o que aconteceu
3. Como se sentiu
4. Características pessoais
5. Conclusão (mensagem para outras pessoas)

2

Tipos de apresentação



Computador



Cartaz

3

Materiais



Fotografias



Imagens



Vídeos

4

Objetivo do exercício



Trabalhar as **FUNÇÕES
COGNITIVAS**



5