



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Ana Catarina Martins Lopes

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

Gandra, maio de 2023

Ana Catarina Martins Lopes

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

Relatório de Estágio

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Catarina Martins Lopes, aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, acima identificada, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Terminada esta etapa, chegou o momento de agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora pela forma amável, disponível, recetiva e generosa com que acompanhou o meu estágio. Obrigada pela confiança depositada e pelos conhecimentos, liberdade de ação e exemplo de profissionalismo que me ofereceu.

Expresso, de igual forma, um agradecimento à Professora Doutora Maria Emília Areias pela sabedoria partilhada, a empatia e o cuidado com que abordou as nossas reuniões de supervisão, não deixando que o desânimo se instalasse, mesmo nos momentos mais difíceis de gerir.

À Doutora I.A. estou grata pelas aprendizagens, pela sua maneira de ser leve e competente, pelo apoio e por ter-me ajudado a cultivar a autocompaixão.

Aos profissionais do centro de reabilitação, agradeço a simpatia e o modo acolhedor com que me receberam e trataram. Agradeço, especialmente, à Doutora A.M. o apoio na minha adaptação ao local de estágio.

Quero deixar um agradecimento especial a todos os clientes do centro de reabilitação, porque também deles levo aprendizagens para a vida.

A todos os docentes, presto o meu agradecimento por tudo o que me ensinaram de uma forma exemplar e pela disponibilidade sempre demonstrada.

Às minhas colegas de estágio, obrigada pelos momentos de entajuda e companheirismo.

Agradeço à Maria João pela amizade e pelos longos momentos de partilha, apoio e compreensão que tanto me encorajavam.

Por último, quero agradecer profundamente àqueles que são a minha principal fonte de suporte, inspiração e força e a quem, muito provavelmente, nunca terei palavras suficientes para exprimir a minha gratidão. Obrigada Mãe e Pai pelos valores e exemplo transmitidos, pelo apoio incondicional, por acreditarem sempre em mim, por me permitirem perseguir os meus sonhos e objetivos e por todo o amor que recebi de vocês ao longo da vida. Obrigada, Avós, especialmente Avó Ana e Avô Joaquim, por tudo o que fizeram por mim, pela vossa ternura. Também a vocês devo muito daquilo que sou hoje. Obrigada, Fábio, por seres uma pessoa tão especial, obrigada pelo amor, paciência, compreensão, por estares sempre ao meu lado e pela lucidez e esperança transmitidas nos momentos mais difíceis. Contigo sinto-me mais segura e capaz.

A todos, Muito Obrigada!

Falar é uma necessidade, escutar é uma arte.

Johann Goethe

Índice

Introdução.....	1
I. O Local de Estágio.....	2
1.1. Descrição do Centro.....	2
1.2. Descrição do Serviço Onde Decorreu o Estágio.....	3
II. A Neuropsicologia (Clínica) e o Papel do Neuropsicólogo.....	3
III. Reabilitação Neuropsicológica na Lesão Encefálica Adquirida.....	4
3.1. Metodologia de Reabilitação Neuropsicológica no Local de Estágio.....	6
IV. Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular.....	8
4.1. Entrevista Inicial e Avaliação Neuropsicológica.....	8
4.2. Acompanhamento Psicológico Individual.....	9
4.3. Orientação.....	10
4.4. Comunicação e Relações Interpessoais.....	11
4.5. Treino Cognitivo.....	11
4.6. Intervenção com as Famílias.....	12
4.7. Programa de <i>Mindfulness</i>	13
4.8. Autonomia.....	13
4.9. Outras Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular.....	14
4.9.1. <i>Reuniões de Supervisão</i>	14
4.9.2. <i>Reuniões de Orientação</i>	14
4.9.3. <i>Ação de Formação</i>	14
4.9.4. <i>Apresentação de um Caso Clínico numa Unidade Curricular</i>	15
4.9.5. <i>Intervenção Neurocognitiva à Distância</i>	15
V. Grupos Acompanhados.....	16
VI. Casos Clínicos.....	19
6.1. Caso G.S.....	19
6.2. Caso J.G.....	35
Reflexão Final.....	51

Referências Bibliográficas	53
Anexos	64

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Caracterização do Grupo A (Programa Intensivo)</i>	17
Tabela 2: <i>Caracterização do Grupo B (Programa de Média Intensidade)</i>	17
Tabela 3: <i>Caracterização do Grupo C (Programa Intensivo)</i>	18

Índice de Figuras

Figura 1: <i>Genograma de G.S.</i>	19
Figura 2: <i>Genograma de J.G.</i>	35

Índice de Anexos

Anexo 1: Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré-Intervenção de G.S.	65
Anexo 2: Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré e Pós-Intervenção de G.S.	67
Anexo 3: Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré-Intervenção de J.G.	69
Anexo 4: Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré e Pós-Intervenção de J.G.	71

Lista de Abreviaturas

AACN	<i>American Academy of Clinical Neuropsychology</i>
ADFA	Associação de Deficientes das Forças Armadas
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVLT	<i>Auditory Verbal Learning Test</i>
BADS	<i>Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome</i>
BIAA	<i>Brain Injury Association of America</i>
CERCI	Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
EFPA	<i>European Federation of Psychologists' Associations</i>
EPR	<i>European Platform for Rehabilitation</i>
FCR	Figura Complexa de <i>Rey</i>
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
IEFP, I. P.	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IFS	<i>Ineco Frontal Screening</i>
IUCS	Instituto Universitário de Ciências da Saúde
LEA	Lesão Encefálica Adquirida
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PHRN	Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica
QdV	Qualidade de Vida
QOLIBRI	Qualidade de Vida após Lesão Cerebral
RN	Reabilitação Neuropsicológica
SPNPsy	Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia
TC	Treino Cognitivo
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCE	Traumatismo Crânio-encefálico
TMT	<i>Trail Making Test</i>
WMS-III	Escala de Memória de <i>Wechsler</i> , 3. ^a edição

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio inserido no 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS).

O estágio curricular constitui uma modalidade formativa importante no percurso académico de um aluno. É um tempo de contacto com a realidade da prática profissional, que visa complementar e aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos já adquiridos e que envolve várias etapas, um misto de emoções e sentimentos, desafios, aprendizagem de novas competências e saberes e o desempenho de diferentes papéis. Por tudo isto, corresponde a uma fonte de desenvolvimento profissional e pessoal. Assim sendo, pretende-se com este documento, fundamentalmente, dar a conhecer o percurso enquanto estagiária, através da explanação das atividades desenvolvidas e de uma reflexão pessoal acerca das vivências desta experiência.

O estágio decorreu num centro de reabilitação, sob orientação da Professora Doutora S.G., neuropsicóloga neste centro, e supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias, docente do IUCS. A sua duração foi de 10 meses, num total de 691,30 horas.

Inicialmente, será descrita a instituição, bem como o serviço onde o estágio foi realizado, seguindo-se um breve enquadramento da Neuropsicologia Clínica (por ser a especialidade de atuação sobre a qual incidiu o estágio) e do papel do neuropsicólogo. Posteriormente, será dedicado um espaço para a contextualização da reabilitação neuropsicológica (RN) na lesão encefálica adquirida (LEA) e exposição da metodologia de atuação do centro e das atividades desenvolvidas, com a devida fundamentação teórica que sustentou a prática clínica. Serão ainda apresentados os grupos acompanhados, dois casos clínicos e, por fim, uma reflexão sobre esta etapa.

I. O Local de Estágio

1.1. Descrição do Centro

Foi no ano de 1992 que o centro iniciou a sua atividade, no âmbito de um Protocolo de Acordo de Cooperação celebrado, em 1991, entre o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP, I. P.), a Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA) e uma Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI). A partir deste momento, constituiu-se como centro de recursos especializado para apoio às Delegações Regionais do Norte e do Centro do IEFP, I. P., no campo das intervenções com pessoas portadoras de deficiências e incapacidades.

Em 1999, na sequência da homologação do Protocolo de Acordo de Cooperação, através da Portaria nº 564/99, de 27 de julho¹, passa a ser considerado Centro de Reabilitação Profissional e dá-se também a sua adesão à Plataforma Europeia de Reabilitação – *European Platform for Rehabilitation* (EPR). Desde então, o centro tem visto o seu trabalho ser reconhecido em diversas ocasiões, como aconteceu em 2003, 2006, 2009 e 2012, ao ser-lhe atribuída a Certificação da Excelência dos Serviços Sociais (EQUASS – Nível II).

Enquanto organização que se assume como socialmente responsável e, em consequência, socialmente útil e eficaz, tem como objetivo primordial a reabilitação e a reintegração profissional, familiar e social de pessoas com diversidade funcional², designadamente a decorrente de doenças ou acidentes. Para tal, e na tentativa de colmatar défices e incapacidades na vida ativa, o centro dispõe de um conjunto integrado e personalizado de serviços e programas, baseados num modelo holístico de intervenção, que atendem às necessidades singulares de cada pessoa. Mais concretamente, o centro direciona as suas ações para três grupos fundamentais de clientes, ou seja: (a) pessoas com diversidade funcional resultante de deficiências e incapacidades adquiridas na sequência de acidentes e doenças, com necessidade de apoios especializados que facilitem a sua reabilitação e reintegração numa vida ativa e profissional; (b) pessoas com diversidade funcional associada a deficiências e incapacidades congénitas, ou adquiridas em fase precoce da vida, entretanto já consolidadas, com necessidade de apoio diferenciado para facilitar e dinamizar a sua inclusão na vida ativa e profissional, nomeadamente na fase de transição da escola para a vida pós-escolar e no apoio ao acesso, manutenção e retoma do emprego; e (c) adultos com necessidades de apoio ao nível da qualificação ao longo da vida, no âmbito do Centro Qualifica.

¹ Publicado no Diário da República eletrónico, 1.ª série – n.º 173, p. 4753. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/564-1999-352948>.

² Pessoas com diversidade funcional: Conceito que corresponde a uma realidade na qual uma pessoa, tendo em conta o quadro da sua funcionalidade, realiza as atividades habituais (como ler, caminhar, vestir-se, comunicar, etc.) de uma forma diversa em relação à maioria da sociedade, implicando a mobilização de apoios e recursos específicos, para assegurar a equidade e a não discriminação (Palacios & Romañach, 2006; Romañach & Lobato, 2005).

Em complementaridade, o centro intervém com os familiares dos seus clientes, entidades empregadoras e serviços públicos de emprego, organizações da área da deficiência, estruturas de saúde, autarquias locais, entre outros.

É desta forma que a instituição, honrando o seu compromisso de promover contextos de trabalho inclusivos, se mantém empenhado em auxiliar na construção de uma sociedade inclusiva, que dá valor ao contributo e à dignidade das pessoas com diversidade funcional.

1.2. Descrição do Serviço Onde Decorreu o Estágio

O estágio foi desenvolvido numa área destinada à reabilitação e reintegração profissional de pessoas com LEA, conforme descrito na alínea a) do ponto anterior.

Os técnicos inseridos neste serviço estão responsáveis por: (a) articular com entidades de referenciação de cidadãos a apoiar e efetuar o seu acolhimento; (b) contactar com estruturas da comunidade, assegurando a sinergia com outros intervenientes nos processos de reabilitação; (c) avaliar os impactos dos acidentes e doenças na funcionalidade, os potenciais e as necessidades de reabilitação das pessoas; (d) elaborar pareceres especializados, no âmbito da reparação do dano pessoal, na sequência de acidentes; (e) desenvolver intervenções de reabilitação, visando a ativação psicossocial, a gestão emocional, a aquisição ou recuperação de competências pessoais, sociais e instrumentais e, ainda, a reconstrução de um projeto de vida ativa e profissional; (f) dinamizar a prospeção de oportunidades de experiências de trabalho em entidades empregadoras e acompanhar essas experiências; (g) apoiar o retorno ao trabalho dos clientes; (h) oferecer suporte às famílias e pessoas significativas, para promover a consciencialização sobre os impactos dos acidentes e doenças, bem como a adaptação funcional das dinâmicas familiares; e (i) informar, aconselhar e prescrever produtos de apoio.

II. A Neuropsicologia (Clínica) e o Papel do Neuropsicólogo

O crescimento da Neuropsicologia, desde a década de 1970 (Zillmer et al., 2008), e a sua afirmação enquanto área de interesse levou a que, em 1980, fosse formada a Divisão de Neuropsicologia Clínica (Divisão 40) da *American Psychological Association* (APA). No entanto, apenas foi reconhecida oficialmente como especialidade em 1996, por esta Associação (*American Academy of Clinical Neuropsychology* [AACN], 2007; Hebben & Milberg, 2002). Em Portugal, constituiu-se como Especialidade Avançada em 2016, segundo o Regulamento Geral de

Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), de acordo com o Anexo 1 (Especialidades Avançadas, alínea d)) do Regulamento n.º 107-A/2016, de 29 de janeiro³.

Atualmente, a Neuropsicologia é definida como um ramo da Psicologia que se dedica ao estudo científico das relações mútuas existentes entre os aspetos cognitivo e afetivo, a personalidade, o comportamento manifesto e o funcionamento cerebral (Ardila & Ostrosky, 2012; Kasten et al., 2021; Kolb & Whishaw, 2015; Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia [SPNPsy], 2022). Por sua vez, a Neuropsicologia Clínica consiste numa “ciência aplicada preocupada com a expressão comportamental da disfunção cerebral” (Lezak et al., 2012, p. 29), cuja linha de atuação assenta, primordialmente, em duas vertentes: o diagnóstico, efetuado com recurso à avaliação neuropsicológica; e a terapia, através da intervenção neuropsicológica (Noreña & Lago, 2007; SPNPsy, 2022).

Assim sendo, no desempenho da sua atividade, o neuropsicólogo clínico é o profissional encarregado de avaliar o funcionamento cognitivo e comportamental de pessoas que sofreram danos cerebrais (Ardila & Ostrosky, 2012; Noreña & Lago, 2007), o que em conjunto com os dados obtidos na entrevista clínica (European Federation of Psychologists’ Associations [EFPA], 2018) e os da observação comportamental (AACN, 2007), permitirá a descrição dos seus pontos fortes e fracos (Andrewes, 2016; Barth et al., 2003), um aspeto fundamental para a emissão do diagnóstico de uma possível síndrome neuropsicológica e seu prognóstico (Ardila & Ostrosky, 2012; EFPA, 2018). Além disto, estas informações serão úteis para a sugestão e planeamento de medidas terapêuticas individualizadas (Kasten et al., 2021), bem como tratamento e/ou RN destas pessoas (Barth et al., 2003; Noreña & Lago, 2007). A atividade de um neuropsicólogo clínico abrange um amplo espectro de funções (Noreña & Lago, 2007), e à medida que o seu papel ultrapassou o simples diagnóstico e trabalho descritivo, evoluindo para o tratamento e reabilitação, tornou-se evidente a crescente necessidade dos seus serviços (Kasten et al., 2021).

III. Reabilitação Neuropsicológica na Lesão Encefálica Adquirida

A LEA é, de acordo com a *Brain Injury Association of America* (BIAA, 2023), um tipo de lesão encefálica que ocorre após o nascimento e que não é hereditária, congénita, degenerativa ou induzida por trauma durante o parto.

Por conseguinte, é frequente existir uma alteração na atividade neuronal que afeta a integridade física, a atividade metabólica e a capacidade funcional das células nervosas (BIAA, 2023), podendo resultar em défices leves, moderados ou graves em uma ou mais áreas, conforme

³ Publicado no Diário da República eletrónico, 2.ª série – n.º 20, p. 38, 40. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/107-a-2016-73357891>.

a natureza e localização da lesão (Giustini et al., 2013; Turner-Stokes et al., 2015). Deste modo, a pessoa com LEA pode apresentar um conjunto variado de sequelas que incluem domínios, como o físico (p. ex., ataxias, parésias, descoordenação, cefaleias e cansaço), o cognitivo (p. ex., limitações ao nível da memória, atenção, comunicação, planeamento e raciocínio), o emocional (p. ex., ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldades na aceitação e labilidade emocional) e o comportamental (p. ex., agressividade física e verbal, desinibição, falta de autocontrolo e irritabilidade) (Lezak et al., 2012; Wilson, 2008, 2014; Wilson & Betteridge, 2019). Por sua vez, estas alterações podem traduzir-se em repercussões psicossociais (Wilson, 2008). Estudos neste âmbito argumentam que os défices resultantes afetam a participação social da pessoa, exercendo um impacto significativo a nível do sistema familiar (Yeates, 2009), envolvimento em atividades de lazer, retorno e manutenção do emprego e retoma dos estudos (Ashley et al., 2004; Kreutzer et al., 2003; Tsaousides et al., 2009; Wilson, 2008), influenciando negativamente o bem-estar e a qualidade de vida (QdV) não só da pessoa com LEA, mas também dos seus familiares (Truelle et al., 2010). Embora as alterações da motricidade possam ser as mais evidentes, as sequelas cognitivas, emocionais e comportamentais são apontadas como as mais incapacitantes e as principais causas do desajustamento pessoal, social e vocacional (Ben-Yishay, 2000; Ben-Yishay et al., 1985; Khan et al., 2003; Lezak et al., 2012). Por isso, todas estas áreas devem ser consideradas em programas de reabilitação (Wilson, 2008, 2014).

Tendo por base a definição de reabilitação de McLellan (1991), Barbara Wilson (1997, 2008) escreveu que, a reabilitação cognitiva é um processo através do qual pessoas com lesão encefálica trabalham em conjunto com uma equipa de profissionais e outros significativos, para remediar ou aliviar défices cognitivos decorrentes de uma afetação neurológica. Porém, ainda que esta seja uma parte importante no trabalho do neuropsicólogo clínico, é errado dissociar os problemas cognitivos, emocionais e psicossociais uns dos outros, dado que a forma como nos sentimos emocionalmente afeta a maneira como pensamos, nos comportamos, resolvemos problemas e interagimos uns com os outros (Wilson, 2008, 2014; Wilson et al., 2009). Por esta razão, a RN, na qual está integrada a reabilitação neurocognitiva (Wilson, 2003), tem como objetivos principais permitir que a pessoa alcance o seu nível ótimo de bem-estar, reduzindo o impacto dos défices no seu quotidiano, promovendo, assim, o retorno aos mais diversos e adequados contextos de vida (Wilson, 2003; Wilson & Betteridge, 2019; Wilson et al., 2009). Posto isto, a RN segue a abordagem recomendada como uma boa prática de intervenção em fases pós-agudas – a abordagem holística (Wilson et al., 2009) – considerada como sendo, provavelmente, a mais eficaz clinicamente (Cicerone et al., 2011; Daniels-Zide & Ben-Yishay, 2000). Este modelo de reabilitação baseia-se em intervenções integradas, que vão para além daquelas altamente específicas e circunscritas, normalmente designadas de “remediação

cognitiva” (Wilson, 2009). O modelo de Ben-Yishay e Gold (1990) sugere uma hierarquia de etapas a serem trabalhadas e que constituem o percurso de um cliente, nomeadamente: (1) envolvimento; (2) consciência de si; (3) mestria; (4) controlo; (5) aceitação; e (6) identidade.

Assim sendo, os programas holísticos englobam terapias intensivas de grupo e individuais, nas quais é pretendido: (a) promover uma maior consciência do cliente em relação à sua atual condição de funcionamento; (b) permitir a compreensão e apoiar no processo de aceitação da mudança; (c) providenciar treino para a aprendizagem de estratégias, com vista à compensação das dificuldades cognitivas e dos défices residuais; e (d) fornecer orientação e apoio vocacional para a reconstrução de um projeto de vida ativa realista (Wilson, 2008; Wilson & Betteridge, 2019). Para tal, as intervenções incluem a reabilitação neurocognitiva, psicoterapia e outras terapias consoante as especificidades de cada cliente, intervenções psicossociais e serviços de (re)orientação profissional (Wilson, 1997).

Para serem alcançados os objetivos de um programa holístico importa que as intervenções aconteçam num ambiente terapêutico, que as metas estabelecidas sejam significativas para a pessoa e funcionalmente relevantes, e que o trabalho seja realizado por uma equipa interdisciplinar, em colaboração com o cliente, a família e os membros da comunidade em geral (Wilson, 2008; Wilson & Betteridge, 2019).

3.1. Metodologia de Reabilitação Neuropsicológica no Local de Estágio

Partindo de uma visão biopsicossocial do indivíduo e com o objetivo de contribuir positivamente para a QdV de pessoas com LEA, o centro implementou, a partir de 2002, o Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica (PHRN) (Guerreiro et al., 2009), adaptado com base no modelo de Daniels-Zide & Ben-Yishay (2000).

É um programa compreensivo, desenvolvido para prestar serviços de RN a pessoas em fase pós-aguda da sua lesão e que visa, essencialmente: (a) promover a autonomia através da aprendizagem de formas alternativas de funcionamento físico e psicológico; (b) proporcionar o ajustamento psicossocial, por intermédio do treino de competências de relacionamento interpessoal e aceitação da condição atual; e (c) dar suporte à integração na vida ativa através da construção de um projeto adequado às necessidades individuais dos seus clientes (Almeida et al., 2015).

A intervenção baseia-se nos princípios da aprendizagem e treino de estratégias compensatórias, na promoção da restauração parcial das funções mentais, partindo do conceito de neuroplasticidade e da noção de que o “exercício” repetido de um circuito neural induz a aprendizagem de novas habilidades (Robertson & Murre, 1999), e na generalização e transferência

das competências desenvolvidas em contexto terapêutico para as atividades de vida diária (AVDs) do indivíduo (Wilson et al., 2000).

Para integrar o PHRN estão elencados alguns critérios, designadamente: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) LEA há, pelo menos, 1 ano; (3) reabilitação funcional estabilizada; (4) motivação para integrar um programa intensivo de reabilitação; (5) capacidade para participar em contexto de grupo; e (6) funcionamento cognitivo, emocional e comportamental que permite a aprendizagem e o desenvolvimento de mecanismos de compensação dos défices. Em contrapartida, estão definidos como critérios de exclusão: (1) perturbações mentais graves (sintomatologia psicótica); (2) consumo de drogas e/ou álcool; (3) comportamentos impulsivos que colocam em risco o próprio e/ou os outros; (4) afasia grave; (5) défice cognitivo generalizado; e (6) invalidez para o trabalho.

Na primeira etapa do processo de reabilitação é realizada uma avaliação neuropsicológica, que conduzirá ao desenvolvimento de um plano individual de reabilitação, onde estão programadas as atividades de cada cliente e os objetivos individuais. Posto isto, a estratégia terapêutica é implementada por uma equipa multidisciplinar. Os conteúdos programados estão assentes no princípio da individualização da intervenção, mas procuram concomitantemente dar resposta às necessidades transversais à problemática da LEA, tais como o reconhecimento das consequências e a aceitação da nova condição (Almeida et al., 2015).

O programa ocorre em formato presencial e tem a duração de 5 meses, com uma intensidade semanal de cerca de 30 horas, com intervenções individuais (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia e treino cognitivo [TC]), sessões de grupo, com um máximo de 10 elementos (treino de competências de comunicação, relacionamento interpessoal, de vida diária, de recreação e lazer, de informática, de movimento e expressão corporal e *mindfulness*) e sessões individuais e de grupo com a família e outras pessoas significativas para o cliente. A última fase do programa é destinada ao envolvimento da pessoa com LEA em atividades vocacionais, que culminará na definição e implementação de um projeto de vida ativa (Almeida et al., 2015).

O centro tem, ainda, um programa de média intensidade que decorre, presencialmente, a tempo parcial no prazo de, aproximadamente, 2 meses, num total de 150 horas. Neste caso, destina-se a clientes com LEA cujos défices são ligeiros a moderados, mas importantes na sua funcionalidade e retorno ao mercado de trabalho. As componentes de intervenção são equivalentes às acima descritas no programa intensivo de reabilitação.

IV. Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular

No centro de reabilitação, o psicólogo está inserido numa equipa inter e multidisciplinar, responsável por implementar, em parceria com os clientes, estratégias terapêuticas que visam a estimulação do seu funcionamento biopsicossocial, co-monitorizar os progressos alcançados e co-avaliar os resultados atingidos no final do processo de intervenção. Paralelamente, e em conjunto com os restantes elementos da equipa, procura estabelecer uma relação de segurança com os clientes, fornecendo continuamente informações promotoras do seu envolvimento no decorrer do programa de reabilitação.

De seguida, serão apresentadas as atividades que estão a cargo do psicólogo no PHRN e nas quais tive a oportunidade de colaborar, enquanto estagiária curricular. Serão, ainda, descritas outras atividades realizadas, mas não relacionadas diretamente com o PHRN.

4.1. Entrevista Inicial e Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica compõe o primeiro passo da reabilitação (Eapen et al., 2015), podendo incluir técnicas de entrevista e observação comportamental, consideradas fulcrais para a descrição do comportamento de um cliente (Hebben & Milberg, 2002; Lezak et al., 2012).

Após a solicitação expressa de uma avaliação, é efetuada uma entrevista clínica inicial, na qual, além de ser caracterizado junto do cliente o pedido, é recolhido o seu *background*. Neste momento, procura-se obter dados relativos à história pessoal e social, como o percurso escolar e formação profissional, a caracterização familiar, descrição da vida comunitária, social e cívica, situação face ao emprego e capacidade para o trabalho, bem como caracterizar a lesão e outros dados da história médica, os impactos na funcionalidade, recursos de apoio mobilizados e a autonomia pessoal e social. De seguida, é realizada ou agendada uma avaliação formal. Para tal, o centro recorre a uma bateria de provas standardizadas, que pode ser complementada com outros testes ajustados aos défices dos clientes, de forma a avaliar a integridade, no presente, das funções neuropsicológicas básicas e cognitivas. O protocolo habitual é composto pelos seguintes instrumentos: (1) *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA); (2) D2-Teste de Atenção; (3) *Trail Making Test* (TMT); (4) *Token Test*; (5) *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT); (6) Figura Complexa de *Rey* (FCR); (7) Subtestes da Sequência de Letras e Números e Localização Espacial da Escala de Memória de *Wechsler*, 3.^a edição (WMS-III); (8) *Ineco Frontal Screening* (IFS); (9) STROOP - Teste de Cores e Palavras; (10) Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); e (11) Qualidade de Vida após Lesão Cerebral (QOLIBRI).

Finalizada esta etapa, todos os dados recolhidos, incluindo os da observação informal (i.e., como o cliente comunica, caminha, reações perante a situação avaliativa, entre outros aspetos), são organizados e interpretados sistematicamente e integrados de forma teoricamente significativa

(Lezak et al., 2012; Wilson et al., 2009). As informações obtidas culminam na elaboração de um relatório de avaliação neuropsicológica, que aborda a necessidade ou não de integração de um cliente no PHRN e que será utilizado para individualizar, na medida do possível, a intervenção. Esta avaliação, em conjunto com aquelas efetuadas pelos restantes profissionais, conduzirá à formulação de um plano individual de reabilitação e de um plano operacional para cada cliente. A avaliação não é, contudo, algo circunscrito ao contacto inicial com a pessoa, ou seja, no decorrer do programa vai existindo uma monitorização de cada caso, a fim de fazer os ajustes necessários aos objetivos e intervenção previamente delineados.

No decurso do estágio, foi possível observar entrevistas iniciais e uma avaliação neuropsicológica, numa primeira fase, sendo que, posteriormente, foram realizadas de forma autónoma avaliações e reavaliações neuropsicológicas e efetuados os respetivos relatórios, bem como relatórios de encaminhamento.

4.2. Acompanhamento Psicológico Individual

Os efeitos emocionais desencadeados pela LEA podem ter um substrato orgânico (Lezak et al., 2012) ou surgir como uma reação à mudança (Lezak et al., 2012; Sohlberg & Mateer, 2001), culminando no aparecimento de sentimentos negativos (Lezak et al., 2012) que interferem na QdV, bem como nos resultados da reabilitação (Masskulpan et al., 2008; Zaninotto et al., 2016). Por estas razões, a psicoterapia deve ser incorporada num programa de RN (Prigatano, 1999).

O psicólogo promove o desenvolvimento de uma relação terapêutica securizante, num ambiente relacional propiciador da integração cognitiva e emocional implícita no processo de reconstrução da identidade da pessoa com LEA. Inicialmente, o envolvimento e a responsabilização do cliente na RN devem ser alvo da intervenção, para que o restante processo de compensação e alcance do nível de competência funcional máxima possível e autoaceitação aconteça, apesar do sofrimento causado pela lesão (Ben-Yishay & Diller, 2011). Além disto, o cliente é auxiliado na aquisição de maior consciência de si e ajustamento de expectativas (Klonoff, 2010). O papel do psicólogo passa, ainda, pela promoção do uso e transferibilidade das estratégias compensatórias.

No acompanhamento psicológico destas pessoas, há que ter em conta que a intervenção terapêutica segue um pressuposto diferente das formas de psicoterapia que promovem o *insight*. Nestes casos, o trabalho é iniciado com comportamentos observáveis, sendo o terapeuta que, de certa forma, incute a orientação da mudança, através de abordagens comportamentais, no sentido de um ajustamento mais satisfatório (Cicerone et al., 2006).

No local onde decorreu o estágio, estas sessões aconteciam uma vez por semana ou duas vezes se houvesse algum caso em que tal se justificasse, e tinham a duração de, aproximadamente,

90 minutos. Além de serem utilizadas para as questões supramencionadas, serviam, igualmente, para o TC individualizado, preparação de exercícios a serem realizados pelos clientes noutras atividades, como em “Comunicação e Relações Interpessoais”, e visionamento das gravações desses exercícios, com vista à observação e análise, com distanciamento, do seu desempenho.

Ao longo do estágio, foram acompanhados individualmente quatro clientes. Todas as sessões foram dinamizadas por mim, no entanto, os casos clínicos eram analisados e discutidos com a supervisora de estágio e a orientadora no local.

4.3. Orientação

Consiste numa sessão em contexto grupal, com a duração de 30 minutos, projetada para permitir a continuidade na narrativa do cliente, estimular o estabelecimento de metas realistas, incentivar o uso de estratégias compensatórias e favorecer a capacidade do cliente para autoavaliar a evolução ao longo do programa, na presença dos seus pares e de outros significativos (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Após a avaliação inicial, e tendo por base os resultados da mesma, é elaborado pela equipa técnica um *poster*, que constitui, aliás, o destaque das sessões de orientação. Mais concretamente, é identificado para cada cliente aquele que aparenta ser o seu maior desafio em termos cognitivo, emocional ou comportamental e que, por essa razão, precisa de ser trabalhado para permitir o progresso na reabilitação. Assim, estão delineados no *poster* o *desafio*, o *objetivo* pretendido e, por fim, um conjunto de *estratégias* possíveis a adotar para ultrapassar o desafio (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Em cada sessão é apresentado um *poster* a uma pessoa, ficando a dinâmica gravada em vídeo para posterior visualização. Antes de exibir o *poster*, o cliente é questionado quanto à sua opinião acerca daquele que perceciona ser o seu maior desafio atualmente. De seguida, o *poster* é mostrado e o psicólogo procede à explicação das razões subjacentes à seleção de um determinado desafio e objetivo, bem como das ações que podem ser implementadas com vista à sua concretização. Depois, solicita-se que o cliente explique pelas suas palavras aquilo que lhe foi apresentado, sendo convidado a aceitar ou rejeitar a recomendação da equipa. Se aceitar, há um assumir do compromisso por parte deste e da equipa técnica, simbolizado por um aperto de mão. No final, o *poster* é afixado na parede da sala, onde permanece até ao final do programa de reabilitação.

4.4. Comunicação e Relações Interpessoais

Estas sessões, que aconteciam duas vezes por semana ao longo de 90 minutos cada, são destinadas à realização de exercícios individuais preparados e planeados previamente nas sessões de Psicologia, para serem apresentados pelos clientes ao restante grupo e psicólogos, com o objetivo de promover competências de comunicação interpessoal, flexibilidade e autoaceitação, através de técnicas psicodramáticas. Especificamente, em cada uma das sessões, um cliente realiza o exercício da “cadeira quente”, sob orientação do seu psicólogo, no qual desempenha uma série de exercícios, cada qual com um tema relevante para a reabilitação e com um grau crescente de dificuldade, quer em termos cognitivos, quer em termos emocionais (Ben-Yishay & Diller, 2011). Durante o programa, foram realizados três exercícios, subordinados aos seguintes temas: (1) autoapresentação; (2) descrição de um sucesso pessoal, ocorrido antes da lesão; e (3) realização de uma entrevista, na qual cliente e psicólogo invertem os papéis. Nestas sessões, pretende-se que a pessoa consiga, gradualmente, reconhecer as perdas geradas pela lesão, enquanto readquire o apreço por si mesma e a dignidade (Ben-Yishay & Diller, 2011). No final, o cliente avalia o seu desempenho, seguindo-se um momento para a *feedback* por parte da comunidade terapêutica relativo à eficácia da formulação e apresentação das ideias, adequação da comunicação (verbal e não-verbal) e forma como a orientação, quando necessária, foi aceite. O psicólogo que, naquele exercício, estiver encarregue da sua direção, procura que o grupo faça uma apreciação organizada, adequada e construtiva do desempenho do colega (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Todos os exercícios são filmados, para que o cliente possa analisar o seu desempenho e observar a evolução em cada uma das apresentações executadas.

A minha participação nestas sessões passou por efetuar a orientação dos exercícios dos clientes acompanhados individualmente e de outros, quando necessário, além de ter sido assumido, em algumas ocasiões, o papel de *diretor*, ou seja, aquele que dinamiza a atividade.

4.5. Treino Cognitivo

As sessões aconteciam em contexto de grupo, duas vezes por semana, com uma duração de 90 minutos cada, onde através de um conjunto de exercícios, individualizados de acordo com as necessidades dos clientes, eram trabalhadas funções cognitivas específicas (p. ex., atenção, memória e funcionamento executivo) (Ben-Yishay & Diller, 2011; Clare, 2003).

Esta atividade era realizada de acordo com três princípios orientadores (Ben-Yishay & Diller, 2011): (1) o TC segue uma estrutura hierárquica, iniciando-se pelas funções básicas da atenção e terminando, num nível superior, com o raciocínio lógico; (2) inicialmente, é dado um maior volume de orientações sobre como otimizar a realização das tarefas, que vai diminuindo, progressivamente, até ser atingido o domínio da tarefa pelo cliente, através da automatização de

alguns comportamentos; e (3) as estratégias compensatórias devem ser implementadas em contextos naturais.

Cada sessão era iniciada com uma componente psicoeducativa (cerca de 30 minutos), na qual era abordada a função mental a trabalhar, bem como estratégias que promovem o seu melhor desempenho. De seguida, o grupo era dividido da forma mais homogénea possível, consoante as dificuldades e ritmo de trabalho, sendo distribuídos pelos psicólogos encarregados da sessão para a realização de exercícios em formato papel e lápis ou computadorizado. O psicólogo procura, nestes momentos, promover o envolvimento dos clientes nas atividades a realizar, visando a reaprendizagem de competências cognitivas e elaboração de estratégias compensatórias, além de intencionalizar com o cliente a generalização e transferência das estratégias aprendidas, promovendo autonomia. Para facilitar este processo, um programa de TC deve ter validade ecológica (Moniz-Cook & Manthorpe, 2009), por isso quando a ligação entre o exercício e as tarefas quotidianas era menos tangível, procurou-se diminuir este distanciamento, contextualizando, de modo que a pessoa compreendesse a relevância de uma determinada atividade para si. Nos momentos finais, era realizada uma análise do desempenho em conjunto com o cliente, promovendo a metacognição.

Durante o estágio, foi possível orientar estas sessões, elaborar apresentações sobre os temas abordados na componente psicoeducativa, desenvolver um caderno de exercícios de TC, adaptar exercícios dos programas de papel e lápis à condição dos clientes (p. ex., exercícios com imagens para casos de afasia), assim como adequar exercícios constantes nos programas de TC com a criação de níveis de dificuldade ajustados ao perfil neurocognitivo do cliente.

4.6. Intervenção com as Famílias

O psicólogo procura envolver ativamente a família no processo de reabilitação, desenvolvendo uma parceria colaborativa entre esta e a equipa técnica. Quando possível, é promovida a construção de uma rede de suporte mútuo entre os familiares.

A abordagem terapêutica utilizada é, fundamentalmente, de carácter psicoeducativo, ou seja, é providenciada literacia acerca da natureza e das consequências da lesão na funcionalidade e favorecida a compreensão relativamente à reabilitação. A nível emocional, pretende-se informar acerca das competências e apoios necessários para lidar eficazmente com as circunstâncias desencadeadas pela LEA (Ben-Yishay & Diller, 2011). O psicólogo intervém em três etapas distintas: (1) recolha das prioridades, necessidades, desejos, preocupações e aspirações da família; (2) exploração e nomeação das fontes de apoio formais/informais e recursos para responder às intenções e objetivos indicados; e (3) mobilização de apoios e recursos, tendo em conta as capacidades existentes ou fomentando a aquisição de novas competências pela família.

Enquanto estagiária, estive presente numa reunião com a família de uma cliente que acompanhava individualmente, já na fase final do processo de reabilitação, para abordar questões relativas ao seu percurso e ao futuro.

4.7. Programa de *Mindfulness*

O *mindfulness* pode ser entendido como “a capacidade de estarmos totalmente presentes, aqui e agora, ao que se passa no nosso interior (corpo, mente e emoções) e ao nosso redor, com uma atitude de curiosidade e aceitação” (Gaspar, 2018, p. 90). É, por isso, uma consciência que surge quando, de forma intencional, prestamos atenção ao momento presente, sem julgamento (Kabat-Zinn, 2015), ao invés de ficarmos presos a pensamentos ruminativos em relação ao passado e/ou ao futuro (Whitebird et al., 2013). A aplicação deste construto à Psicologia influenciou positivamente o nível de bem-estar cognitivo e emocional (Bishop et al., 2004; Brown et al., 2003).

O programa de atenção plena implementado no centro consistia numa intervenção em grupo, com a duração de 90 minutos por semana, no decorrer de 10 semanas, sendo que cada sessão era composta por um enquadramento teórico e exercícios de meditação formais (meditação guiada). A estrutura do programa contemplava, ainda, a prática de meditação informal (exercícios feitos ao longo do dia) e um exercício breve a ser desenvolvido diariamente na instituição, em coordenação com outros técnicos. Desta forma, pretendia-se atenuar o sofrimento secundário relacionado com os efeitos psicoemocionais da experiência de viver com LEA (Reeve, 2004), encorajando a pessoa a observar os seus pensamentos, sentimentos e emoções com distanciamento (Wilson et al., 2009), a partir de uma atitude de aceitação e autocompaixão (Neff, 2012).

Nestas sessões, a minha função passou, sobretudo, pela observação participante, tendo sido ainda possível dinamizar, em alguns momentos, as mesmas.

4.8. Autonomia

O terapeuta ocupacional é o responsável por dirigir estas sessões, desenhadas para estimular a autonomia físico-funcional, o desenvolvimento de competências para a participação em atividades profissionais e a adaptação às vivências ocorridas durante e após a lesão. Ainda que estas atividades não sejam da responsabilidade do psicólogo, estive presente numa das dinâmicas, que consistia na confeção de um almoço pelos clientes. A minha participação traduziu-se, sobretudo, por observar e, quando necessário, apoiar a atuação dos clientes num meio natural e a transferibilidade das habilidades e estratégias trabalhadas.

4.9. Outras Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular

4.9.1. Reuniões de Supervisão

A supervisão da prática clínica da Psicologia é considerada essencial na etapa formativa de um psicólogo (O'Donovan et al., 2011). Neste espaço, o *feedback* e a reflexão desencadeados permitem ao formando adquirir e desenvolver competências que assegurem a qualidade das suas intervenções (Milne, 2009). É, ainda, expectável que o supervisor monitorize o comportamento ético e profissional e possa fornecer apoio emocional ao supervisionando (De Stefano et al., 2007).

Posto isto, a supervisão ficou a cargo da Professora Doutora Maria Emília Areias. Numa fase inicial, eram realizadas reuniões semanais, passando, posteriormente, a uma periodicidade quinzenal. Nestes momentos, era efetuada uma análise e reflexão conjunta dos casos clínicos em acompanhamento, eram discutidas propostas de intervenção e, quando necessário, os respetivos materiais, esclarecidas dúvidas referentes a outras atividades desenvolvidas e partilhadas vivências do estágio.

As reuniões realizavam-se, geralmente, em formato de grupo, o que permitia a partilha de experiências e o enriquecimento pela análise de diferentes casos clínicos.

4.9.2. Reuniões de Orientação

O suporte e o apoio fornecidos pelo orientador, quer em termos técnicos no exercício do estágio, quer em termos emocionais, facilitam o envolvimento e são considerados um vetor central da aprendizagem e desenvolvimento profissional dos psicólogos estagiários (Brown et al., 2009; Cronan-Hillix et al., 1986).

A orientação, sob a responsabilidade da Professora Doutora S.G., decorreu ao longo de todo o estágio, com reuniões diárias, cuja duração variava em função das necessidades. Este espaço era destinado ao planeamento das sessões individuais e em grupo, com respetivo *feedback* no final das mesmas, discussão de casos clínicos, esclarecimento de dúvidas, incluindo as relativas à avaliação neuropsicológica e aos relatórios a elaborar, e monitorização do meu desempenho.

4.9.3. Ação de Formação

Para o exercício competente da sua profissão, é importante que o psicólogo invista na formação contínua⁴ (OPP, 2021), que permitir-lhe-á a atualização e o desenvolvimento profissional. Desta forma, procura-se garantir um serviço de intervenção psicológica de qualidade,

⁴ Tal como postulado no *Princípio B – Competência* do Código Deontológico da OPP, publicado no Diário da República eletrónico, 2.ª série – n.º 134, p. 106. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/637-2021-167127886>.

além de acrescentar valor à profissão (APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Teixeira, 2008).

No âmbito do estágio curricular, foi-me proposto frequentar uma ação de formação subordinada ao tema “Intervenção psicossocial na doença mental”, cujos objetivos eram: (a) intervir em problemas de saúde mental; (b) desenvolver conhecimentos, capacidades e competências no âmbito da saúde mental; (c) intervir em reabilitação psicossocial em saúde mental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde e em conformidade com os dispositivos legais europeus e nacionais; e (d) conhecer e relacionar os programas, modelos e metodologias de intervenção em saúde mental.

No contexto da parte prática da formação, pude contribuir com dois casos clínicos para discussão em grupo.

4.9.4. Apresentação de um Caso Clínico numa Unidade Curricular

Foi sugerido pela supervisora lecionar uma aula aos alunos do 3.º ano da licenciatura em Psicologia do IUCS, onde era pretendido apresentar um caso clínico em acompanhamento. Com esta exposição, procurou-se ilustrar alguns dos aspetos inerentes à prática clínica, nomeadamente, no campo de atuação em que estava inserido o estágio, bem como partilhar a minha experiência ao longo do mesmo.

4.9.5. Intervenção Neurocognitiva à Distância

Além da intervenção presencial realizada junto dos grupos que serão mencionados posteriormente, acompanhei em formato *online* um cliente com histórico clínico de acidente vascular cerebral (AVC), que estava incluído num projeto a decorrer no centro. Tratava-se de uma investigação que pretendia, a partir de uma série de estudos de caso, testar a eficácia, ainda que de modo preliminar, de um programa de estimulação neurocognitiva realizado de forma totalmente remota.

A ideia do estudo surgiu a partir de um outro realizado no mesmo local durante a pandemia do COVID-19 (Geraldo et al., 2022), cujo objetivo era o de analisar as vantagens e desvantagens, bem como as sugestões de melhoria assinaladas por clientes com LEA no uso de uma plataforma *online* de reabilitação neurocognitiva, que lhes permitiu dar continuidade ao seu processo de reabilitação, desta feita, à distância. Atualmente, e fora deste contexto, o programa passou a ser destinado a pessoas com LEA cujo perfil neuropsicológico não estava enquadrado no PHRN, mas em que se considerou que poderiam beneficiar de um programa para apoio ao retorno à vida ativa,

tendo em conta a avaliação presencial realizada com recurso ao protocolo habitualmente utilizado neste centro.

As sessões aconteceram no espaço de 12 semanas, sendo que dois dias por semana eram dedicados a 40/45 minutos de estimulação neurocognitiva e num dia era realizada a sessão de acompanhamento. No final do programa, foi efetuada de forma presencial uma nova avaliação neuropsicológica.

A plataforma digital utilizada para o efeito é baseada na *web* e foi projetada para apoiar na reabilitação de défices cognitivos consequentes do envelhecimento normal ou de danos cerebrais. É constituída por uma série de atividades, organizadas de acordo com as diferentes funções cognitivas, sem desprezar outros domínios da cognição subjacentes à realização de uma tarefa, o que significa que poderão ser estimuladas duas ou mais funções em simultâneo. Esta ferramenta guarda automaticamente os resultados quantitativos dos utilizadores, além de dar-lhes um parecer acerca do seu desempenho. Os dados poderão ser vistos pelo profissional, permitindo-lhe planear e personalizar uma intervenção adaptada às necessidades específicas de cada cliente. Por estas razões, possibilita que a reabilitação neurocognitiva seja efetuada à distância (NeuronUP, 2022).

Apesar de ter funcionado como uma alternativa para este cliente, a estimulação neurocognitiva realizada unicamente neste formato também reúne alguns pontos menos favoráveis à sua utilização. Ou seja, ainda que a plataforma utilizada permita parametrizar e customizar os exercícios e possibilite o acesso a informações sobre os resultados obtidos, os programas de base tecnológica não consideram as variáveis emocionais, como a frustração e o cansaço. À distância, é mais difícil ter a perceção de questões, como, por exemplo, o fracasso e a forma como o cliente lida com o mesmo, gerir a desmotivação e fornecer um *feedback* mais efetivo e, naturalmente, com uma dimensão mais humana que terá, de igual forma, potenciais efeitos sobre a aliança terapêutica.

V. Grupos Acompanhados

No percurso do estágio foram acompanhados três grupos de clientes, dos quais dois frequentaram o programa intensivo de RN e um o programa de média intensidade (neste caso, participei, apenas, nas dinâmicas de TC). Quatro clientes foram seguidos individualmente em acompanhamento psicológico, tal como referido anteriormente. As Tabelas 1, 2 e 3 caracterizam, sumariamente, os diferentes grupos.

Tabela 1
Caracterização do Grupo A (Programa Intensivo)

	Identificação	Sexo	Idade	Etiologia da lesão	Data da lesão
*	CH	Feminino	42	TCE	2015
	DP	Feminino	44	AVC	2020
	DA	Feminino	55	AVC	2020
	FP	Feminino	51	Tumor Cerebral	2005
	FT	Masculino	56	AVC	2015
	MC	Feminino	51	AVC	2019
	MM	Feminino	64	AVC	2021
*	PS	Masculino	45	TCE	2019
	PL	Masculino	21	TCE	2020
	RC	Feminino	28	TCE	2018

Nota. * Cliente acompanhado individualmente. TCE = Traumatismo Crânio-encefálico. AVC = Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 2
Caracterização do Grupo B (Programa de Média Intensidade)

	Identificação	Sexo	Idade	Etiologia da lesão	Data da lesão
	RM	Masculino	48	TCE	1992
	MS	Masculino	42	AVC	2018
	DS	Feminino	56	Tumor Cerebral	2010
	SC	Feminino	43	AVC	2021
	AS	Feminino	35	TCE	2018
	SM	Feminino	44	AVC	2019
	SV	Feminino	49	TCE	2000
	CD	Feminino	49	AVC	2019
	DS	Masculino	39	Malformação Arteriovenosa	2002
	PO	Masculino	52	AVC	2019

Nota. TCE = Traumatismo Crânio-encefálico. AVC = Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 3
Caracterização do Grupo C (Programa Intensivo)

	Identificação	Sexo	Idade	Etiologia da lesão	Data da lesão
*	GS	Masculino	27	TCE	2011
	BA	Feminino	63	AVC	2020
	BM	Masculino	59	AVC	2020
	RC	Masculino	46	AVC	2020
*	JG	Feminino	34	Tumor Cerebral	2005
	EM	Feminino	57	AVC	2017
	CM	Feminino	52	AVC	2017
	CB	Feminino	38	Tumor Cerebral	2020
	MA	Feminino	41	AVC	2021
	VS	Feminino	22	AVC	2021

Nota. * Cliente acompanhado individualmente. TCE = Traumatismo Crânio-encefálico. AVC = Acidente Vascular Cerebral.

VI. Casos Clínicos

6.1. Caso G.S.

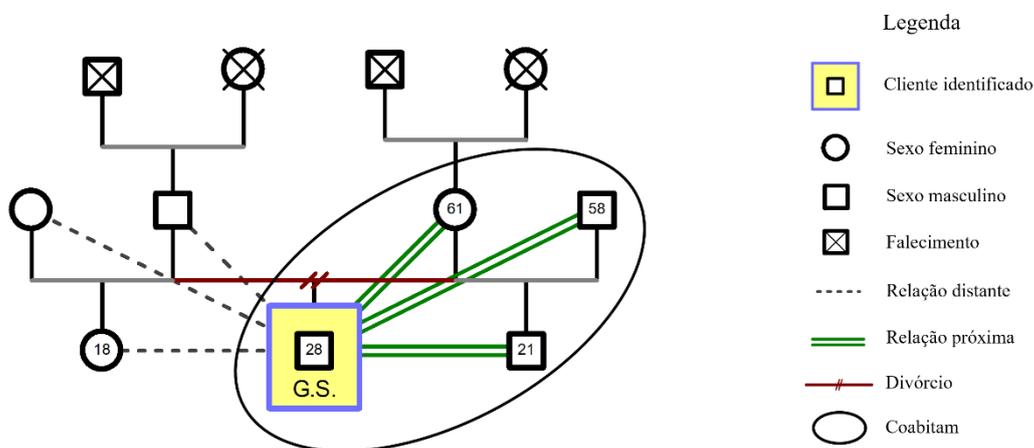
Identificação

G.S. tem 28 anos de idade, é do sexo masculino, solteiro e completou o 12.º ano de escolaridade. É natural de Lisboa, onde reside com a mãe, o padrasto e o irmão. No entanto, durante a semana fica alojado no Porto por estar a frequentar um programa de RN.

Genograma

Figura 1

Genograma de G.S.



Pedido/Encaminhamento

O cliente foi encaminhado por uma instituição de solidariedade social e solicitou o apoio para obter um curso superior. Contudo, apresenta um discurso um pouco confuso, tendo dificuldades em identificar objetivos para o seu processo de reabilitação. Por esta razão, a mãe e o padrasto auxiliaram na explicitação do pedido, identificando necessidades de estimulação e apoio na construção de um projeto de vida mais realista.

História Clínica

G.S. sofreu um traumatismo crânio-encefálico (TCE), com lesões frontotemporal esquerda e temporoparietal direita, com necessidade de intervenção cirúrgica, na sequência de atropelamento na via pública. Foi submetido a craniectomia descompressiva e a colocação de derivação ventricular externa, tendo sido, posteriormente, sujeito a cranioplastia bilateral, com colocação de 75% de placa de titânio. O cliente refere ter estado em coma durante um ano, porém

não foi disponibilizada informação clínica acerca deste assunto. Além disso, a duração indicada é incongruente com outros dados constantes num relatório médico.

Esteve internado num centro de reabilitação para intensificação da reabilitação ao longo de 7 meses, seguindo-se a realização de um outro programa num hospital inserido na sua área de residência, por perturbação da marcha. De acordo com o mencionado num relatório médico de 2021, encontrava-se, à data, vígil, consciente e orientado, apresentava miopia (pós-trauma), alterações de memória, de concentração e comportamentais, labilidade emocional, perturbação do sono (com insónias) e humor depressivo com períodos de apatia. Exibia um quadro neuromotor de tetraparesia sequelar ligeira de predomínio crural e direito, com instabilidade do membro inferior direito na marcha, pé direito equino-varo parcialmente redutível e espasticidade ao nível da articulação tibiotársica direita. Realizava marcha sem auxiliares e era autónomo para as AVDs, embora dependente de terceira pessoa na sua vida de relação.

G.S. tem um diagnóstico prévio de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), para a qual mantém terapêutica e acompanhamento clínico. Após o acidente, realizou cirurgia bariátrica para a obesidade e registaram-se apneias do sono, com índice baixo, mas significativo. É seguido em Psiquiatria, Neurocirurgia e Neuro-oftalmologia.

Encontrava-se, inicialmente, medicado com Metilfenidato e Elvanse (ambos para o tratamento da PHDA), Bupropiona (antidepressivo), Amitriptilina (antidepressivo) e Cloxazolam (benzodiazepínico). Durante o processo de reabilitação esta medicação foi substituída por um estabilizador do humor.

De acordo com o relatório médico, atendendo à melhoria clínica, inclusivamente, cognitivo-comportamental e funcional, considerou-se que beneficiaria de integração em centro de reabilitação profissional. Deste modo, o cliente frequentou o Programa de Recuperação e Atualização de Competências para pessoas com LEA (inserido no PHRN), no centro de reabilitação.

Lista de Queixas/Problemas Identificados

No primeiro contacto com o cliente, relatou queixas relacionadas com a marcha, referindo-se à perna direita, mas sem concretizar muito bem o que queria dizer. Identificou dores de cabeça, que a mãe esclareceu deverem-se aos parafusos que ficaram da operação que causam dor, sobretudo, “nas mudanças do tempo ou quando fica enervado” (sic), assim como à cirurgia bariátrica para a obesidade, que retirou camadas de células adiposas na testa, tornando os parafusos mais salientes. G.S. mencionou ter dificuldade em concentrar-se (“às vezes tenho muito sono e já tinha hiperatividade com défice de concentração” [sic]), apresentou queixas de memória, dizendo lembrar-se com maior facilidade de acontecimentos passados, em comparação com factos recentes

“a não ser que sejam interessantes para mim” (sic). A mãe apontou a necessidade de treinar a autonomia e orientação de G.S., embora acrescentasse que este terá aprendido a usar os transportes públicos, após o acidente. Quanto à gestão emocional, G.S. mencionou não saber, mas é novamente a mãe a referir frustração e irritabilidade, especialmente, no contexto familiar e, na maioria das vezes, relacionadas com expectativas irrealistas face ao futuro, ligadas a projetos profissionais, tais como ser diretor de uma empresa, assumir cargos de topo ou tirar um curso superior. Estas reações surgem, de acordo com o padrasto, quando a família procura transmitir-lhe uma ideia mais ajustada das suas expectativas, o que o cliente percebe como se o estivessem a considerar menos capaz. “Quando está irritado, dá murros na mesa, mas está mais controlado, atualmente” (sic), referiu o padrasto. Na perspetiva de G.S. está recuperado e a sua vinda para o centro não lhe trará benefícios (“não tenho necessidade de usar estratégias” [sic]).

Ao longo do processo de reabilitação, dizia, várias vezes, que tinha sono (“acordo muitas vezes durante a noite por causa dos parafusos, quando me viro na cama” [sic]), o que interferia na sua participação e desempenho nas sessões individuais e grupais. Contudo, a alteração da medicação referida anteriormente foi significativa, promovendo modificações importantes, nomeadamente na redução da sonolência extrema. Verifica-se uma resistência em descansar ou dormir porque, como diz, os parafusos causam dor ou “o corpo fica em *stand-by*, posso não respirar e não gosto, porque tenho mais que fazer, gosto de viver a vida. Tenho apneia e já dormi muito quando estive em coma. Só preciso de um comprimido para dormir e mais nada” (sic). Esta justificação é igualmente usada quando recusava meditar nas sessões.

Inicialmente, sobretudo, manifestava vontade em abandonar o programa, onde dizia não estar bem por encontrar-se num sítio que não conhece e porque “cá, às vezes, é chato (...) Não é o que eu quero, isto é uma treta, é uma seca (...) A minha mãe mentiu-me” (sic). Acrescentou que “estou a sofrer, quero voltar para casa. Estou farto de todos, não fiquei como eles [restantes elementos do grupo], a precisar de ajuda. Só não estou na faculdade por culpa do médico que é um burro, que não me deixa ir” (sic). Ao falar sobre este assunto na primeira consulta de Psicologia, foi perceptível a raiva sentida pelo cliente (rasgou o horário com as atividades do programa, o tom de voz era agressivo e levantou-se da cadeira). Em diferentes ocasiões, dizia ficar “enervado e frustrado pelo motivo de estar aqui, por nada ter feito contra a vida” (sic).

Na definição dos seus objetivos, menciona que era rebelde na escola e que a vinda para o centro poderá ajudá-lo a controlar esse aspeto.

G.S. permaneceu no PHRN, contudo, o seu envolvimento é inconsistente ou inexistente, não adere, na maioria das vezes, às tarefas propostas, por “falta de vontade” (sic) e porque “é chato” (sic). Não assume o compromisso, apresentando comportamentos de oposição, resistência e pouca colaboração. A este respeito partilhou sobre a sua cooperação em tarefas domésticas, antes

da lesão, que “punha a mesa quando me apetecia, quando não queria os outros punham. Mandavam-me levantar a mesa, mas se não me apetecesse os outros levantavam” (sic). Recusava, sobretudo, ir às sessões de Fisioterapia (“Já fiz muita Fisioterapia e já estou forte. Detesto Fisioterapia, não ajuda em nada, nunca ajudou. [...] Já usei uma tala, agora não é uma boa hipótese” [sic]). Assumiu, depois, que “andar com a tala significa que sou um aleijado. Gostava [de usar] porque é bom para mim, mas vou parecer um aleijado” [sic]).

Evidencia, também, limitações em termos da sua autonomia e responsabilidade, embora afirme que “gostava de gerir as coisas eu próprio, porque me sinto capaz. Quero ficar mais avançado, não precisar que os outros façam por mim” (sic). Destacam-se, igualmente, a impulsividade, agressividade, irritabilidade, má leitura de pistas sociais, inadequação nas relações interpessoais e dificuldade em gerir a frustração e lidar com a rejeição (“Quando os outros não me ouvem, passo-me da cabeça, fico pior da raiva [...] Nunca tive a virtude de esperar [...] Dizem que gostam de mim, mas não. São fracos ao ponto de me negarem” [sic]). Acrescenta-se, ainda, a baixa capacidade de *insight*/consciência de si, embora parecessem existir, em determinados momentos, razoabilidade e juízo crítico. Além disto, é comum apresentar um discurso com um teor, aparentemente, confabulatório, no qual menciona ser *médium* (“Sabia que ia ter o acidente. Ou morria eu ou a minha mãe e eu pus-me à frente da morte [...] Vejo o meu avô, bisavô e avó. Os espíritos pedem ajuda para voltar. As pessoas aparecem brancas e em vapor, parece um pó [...] Quando era criança, com 3, 4 ou 5 anos andava de um lado para o outro com os olhos para cima. O médico não sabia o que eu tinha. Depois disseram-nos que sou *médium*” [sic]). Também por estas razões, dizia não querer participar nas meditações realizadas nas sessões). Adicionalmente, refere ter ajudado as autoridades policiais portuguesas a encontrar um famoso *hacker* português, razão pela qual “fui convidado para ir para o CIS, o *Center for Internet Security*, mas não quero ir.” (sic).

Por fim, destaca-se que todas estas alterações, pela sua complexidade, constituíam, compreensivelmente, uma sobrecarga para a família, geradora de uma certa desestruturação natural no sistema familiar, que dificultava, por vezes, a criação de uma consistência, em casa, necessária para a implementação e generalização dos aspetos trabalhados nas sessões.

História de Vida

G.S. é filho de pais divorciados, porém não sabe especificar a altura em que a separação aconteceu. A partir dos 3 anos de idade, cresceu com a mãe e o padrasto, com quem vive, atualmente, juntamente com o seu irmão, de 21 anos de idade, fruto deste relacionamento da mãe. O pai terá também voltado a casar e tem uma filha, de 17 anos de idade. No entanto, G.S. não mantém uma relação próxima com a família do pai.

A mãe tem 61 anos de idade, é assistente de administração, mas encontra-se desempregada desde o acidente do cliente. De acordo com a descrição de G.S., a relação entre ambos é de cumplicidade. O padrasto tem 58 anos de idade, é gestor de empresas e é considerado “um pai, porque foi ele que sempre esteve ao meu lado. Trato-o por pai porque foi ele que sempre cuidou de mim, desde os meus 3 anos” (sic). Relativamente ao irmão, que se encontra a frequentar um curso de engenharia informática, refere que “às vezes, parecemos cão e gato, se calhar porque gostamos um do outro. Quando acordei para a vida, isto é, de novo [referindo-se a momentos posteriores ao despertar do estado de coma], soube que se eu tivesse morrido, ele, sinceramente, sentiria a minha falta, porque ele disse-me isto” (sic). Para G.S. “os meus pais e o meu irmão são os meus confidentes” (sic). Os seus avós já morreram, mas não sabe identificar as datas ou idades.

No que respeita ao percurso escolar, relata que até ao 7º ano “não queria saber, não estava atento a nada. Gostava de ir para estar com os amigos” (sic) e as notas situavam-se entre a classificação de 2 e 3, numa escala de 1 a 5 valores. Os pais diziam-lhe que se não estudasse, ia para um colégio militar. Estudou num colégio até ao 10º ano, quando se encontrava a frequentar o curso de Ciências e Tecnologias, mas reprovou. Por esta razão, mudou para uma outra escola, onde permaneceu no mesmo curso. Neste ano acontece o acidente, levando-o a interromper os estudos para dedicar-se ao seu processo de recuperação e reabilitação. Com 17 anos de idade, quando ia apanhar o autocarro para ir para a escola, foi “fortemente atropelado” (sic) por um carro, enquanto atravessava a passadeira. “Fui no INEM para o hospital, onde me induziram o coma, porque estava como morto, estava em paragem cardiorrespiratória” (sic). Referindo-se aos momentos do coma, G.S. relata que conseguia ouvir o que diziam à sua volta, embora não percebesse com clareza o que era dito, “ouvia o que pensava, ouvia a voz da minha mãe e do meu padrasto (...) Achava que não ia acordar. Tinha medo de morrer (...) Não mexia as pernas, estava preso” (sic). Descreve como angustiantes estes momentos, nos quais sentia não ter controlo sobre o seu corpo. Após alta hospitalar, e no mesmo ano do acidente, iniciou o seu processo de reabilitação.

Depois deste período, e com 19 anos de idade, voltou a estudar, numa outra escola, onde concluiu o ensino secundário, em 2019, desta vez, no curso de Línguas e Humanidades, porque não gostava da disciplina de Matemática. Os primeiros tempos, de acordo com as suas palavras, foram complicados devido a dificuldades acrescidas em manter a concentração nas aulas, “por isso, tive de fazer um esforço para focar-me nas aulas e em casa, tive de estudar ainda mais. Desta forma, consegui melhorar as minhas notas” (sic), o que o faz sentir-se “muito satisfeito, como um herói porque consegui passar o que passei com vitória” (sic), percecionando-se como uma pessoa com força de vontade e persistente. Mais recentemente, fez um curso *online* sobre programação, mas de acordo com o padrasto, no momento da avaliação, não se adaptou ao formador, acrescentando que G.S. é de “amor-ódio” (sic) nas relações. Continuou, dizendo que, apesar do

mencionado, o cliente tem facilidade em integrar-se em grupo e adaptar-se ao mesmo e aos locais que frequenta, embora sinta a necessidade de liderança. Referiu, ainda, que por considerar ter maior capacidade, G.S. é, muitas das vezes, o elemento agregador do grupo.

No que concerne ao percurso profissional, o cliente nunca trabalhou.

Relativamente ao contexto social, é comum sair para ir almoçar ou jantar fora com os pais e o irmão ou ir ao cinema e sair à noite com os amigos. Antes da lesão, gostava de jogar *playstation*, andar de bicicleta e trotinete. Atualmente, além destas atividades, diz gostar de ler (estava a ler vários livros), escrever (estava a escrever um livro sobre “vida avançada noutros planetas” [sic]), de natação e de ver comédias.

A sua perspetiva em relação ao futuro é a de frequentar o ensino superior e tirar o curso de Comunicação Social.

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica foi efetuada com recurso a uma entrevista semi-estruturada, observação clínica e uma bateria de provas de avaliação estandardizadas. Importa, contudo, referir que o protocolo de avaliação que será exposto não foi o habitualmente utilizado no centro, uma vez não ter sido possível proceder a uma reavaliação neuropsicológica com o mesmo. Em alternativa, serão apresentados os resultados obtidos a partir dos instrumentos aplicados no âmbito de um estudo a decorrer no centro, no qual o cliente foi avaliado nos momentos pré e pós intervenção.

Observação Comportamental

G.S. encontrava-se orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente, e apresentava um aspeto cuidado, com um vestuário adequado ao contexto, época do ano e idade. Manteve uma atitude colaborante e cordial ao longo da avaliação, embora, em alguns momentos, tenha demonstrado sinais de fadiga. O discurso era um pouco confuso, por vezes. Caminhava sem apoio, mas a marcha era instável.

Avaliação Psicométrica

A avaliação psicométrica foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos: **MoCA** – instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira (Freitas et al., 2011); **D2 – Teste de Atenção** – avalia a atenção seletiva e a capacidade de concentração, além de medir a velocidade de processamento da informação, a precisão nesse processamento e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho (Brickenkamp, 2002/2007); **TMT** – este teste compreende duas partes: a parte A avalia a atenção, *scanning* visual e velocidade da coordenação oculomotora e do

processamento de informações; a parte B avalia a memória de trabalho e aspetos das funções executivas, como a capacidade de alternar o foco atencional (Cavaco et al., 2013); **WMS-III** – foram usados apenas alguns subtestes, nomeadamente Faces I e Pares de Palavras I para avaliação da memória imediata, Faces II e Pares de Palavras II para a memória diferida e Memória de Dígitos para a memória de trabalho (Wechsler, 1997/2008); **Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)** – usou-se o subteste Alteração de Regras que avalia a flexibilidade cognitiva, ao exigir a alteração de um padrão de resposta estabelecido (Barbosa et al., 2011); **STROOP - Teste de Cores e Palavras** (Golden & Freshwater, 1994/2013) – avalia dimensões relacionadas com a flexibilidade mental, habilidade de inibição e a resistência a interferências em relação a estímulos externos; **HADS** – escala de autoavaliação do sofrimento psicológico, a partir da deteção de estados de depressão e ansiedade (Zigmond & Snaith, 1983); **QOLIBRI** – instrumento de autorrelato usado na avaliação da QdV após lesão cerebral, através de seis domínios: cognitivo, *self*, autonomia, relações sociais, emocional e físico (von Steinbuechel et al., 2005).

Para definição do grau de défice foram considerados valores de 1.5DP, 2DP e $\geq 2.5DP$ abaixo da média, que correspondem a um défice ligeiro, moderado e grave, respetivamente. Valores de desvio-padrão não indicativos de um défice foram classificados por diferentes níveis: -0.5 até +0.5 (médio), -0.6 até -1 (médio inferior), -1.1 até -1.49 (inferior), +0.6 até +1 (médio superior), +1.1 até +2 (superior) e $>+2$ (muito superior).

Interpretação dos Resultados⁵

A avaliação breve do estado mental sugere um funcionamento cognitivo geral gravemente deficitário, tendo em conta as suas características demográficas, sobretudo ao nível das capacidades visuoespaciais, atenção, linguagem, abstração e evocação diferida (não beneficiou com pistas de reconhecimento). A avaliação mais precisa e detalhada das funções cognitivas indicou um comprometimento clinicamente significativo nos domínios da atenção visual (seletiva, sustentada e alternada), velocidade de processamento da informação visual (com um défice mais acentuado a registar-se em tarefas que implicam, de forma subjacente, a discriminação perceptiva, como o teste d2), flexibilidade cognitiva e memória visual imediata e diferida (por reconhecimento). No caso do STROOP, o baixo desempenho obtido nas 3 pontuações base “Palavra, Cor, Cor-Palavra” não nos permite inferir de forma segura acerca do controlo inibitório. Houve algumas provas em que os resultados dos domínios cognitivos avaliados, ainda que não sejam indicativos da presença de um défice, estão situados num nível médio inferior, como a memória auditiva imediata (por evocação livre), e num nível inferior, tais como a memória auditiva

⁵ No Anexo 1 encontra-se uma tabela com os resultados da avaliação psicométrica do cliente.

diferida (por evocação livre). A pontuação situada num nível inferior, que foi obtida no subteste “Memória de dígitos” para a avaliação da memória de trabalho, deve ser entendida com cuidado, tendo em conta o resultado da parte B do TMT, que dá a indicação de um défice grave ao nível de aspetos executivos, nomeadamente, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva. Estas discrepâncias entre os dois testes na avaliação da memória de trabalho poderão estar relacionadas com o tipo de tarefa exigida. Mais concretamente, o TMT-B exige operações mentais de maior complexidade, que requerem o processamento e manipulação de duas informações distintas alternadamente.

A partir da escala HADS registou-se a presença de sintomatologia ansiosa em grau leve e valores para depressão sem significado clínico. Ainda que a pontuação relativa à sintomatologia depressiva se situe nos limites inferiores totais, considerou-se que poderiam ser validados, uma vez que no caso da ansiedade o resultado parece refletir valores mais reais e a avaliação destes estados é efetuada a partir do mesmo teste, com perguntas intercaladas entre si. Por fim, e no que concerne à avaliação subjetiva da QdV, G.S. demonstra-se, no geral, satisfeito, sobretudo no domínio do *self*. Pelo contrário, perceciona menor bem-estar no domínio emocional.

Formulação do Caso

O contacto psicológico com G.S., partindo da sua história, observação clínica e avaliação formal, permite-nos perceber que estamos perante um cliente com uma série de alterações cognitivas e neurocomportamentais comumente associadas a um TCE moderado a grave (Ponsford & Dymowski, 2017), que resulta num comprometimento funcional significativo no seu quotidiano.

A avaliação neuropsicológica revelou um padrão de alterações cognitivas difuso, o que não surpreende, tendo em conta a alta incidência de lesão axonal difusa em casos de TCE (Wilson et al., 2017). Adicionalmente, foi perceptível a diminuição do *insight*/consciência e das habilidades metacognitivas, ilustrada, em diversas ocasiões, por discrepâncias entre a sua descrição das próprias capacidades, comparativamente com os resultados da avaliação formal e informal e o contacto com o cliente ao longo do programa, bem como com o relato da mãe e do padrasto. Estas limitações são compreensíveis em G.S., tendo em conta a natureza e localização da sua lesão (Fleming & Ownsworth, 2006) e poderão estar na base da falta de envolvimento e de sentido de compromisso apresentados em relação à reabilitação, que percecionava como desnecessária, dificultando, conseqüentemente, o estabelecimento de metas colaborativas e realistas, assim como a intencionalidade. A metacognição seria importante para a capacidade de autoconsciência, autorregulação e automonitorização do processo de aprendizagem inerente à reabilitação e seria fulcral para o planeamento, monitorização e avaliação de metas e comportamento direcionado a

objetivos (Brett et al., 2017; Cicerone et al., 2006). Há, ainda, que considerar a falta de motivação do cliente para frequentar o programa de reabilitação. Apesar de ser um aspeto comum após LEA (Holloway, 2012), acresce o facto de este não ser o seu projeto, mas sim o da mãe.

Desta forma, os dados descritos até aqui, poderão indicar-nos que a lesão afetou capacidades críticas para a manutenção e exercício efetivo da autonomia, o que foi sendo verificado em tarefas como, a gestão financeira e do tabaco ou a marcação das refeições, por exemplo. Além disto, parece não ter responsabilidade dele próprio, no sentido do que é suposto ser ele a fazer ou aquilo em que é necessário pedir ajuda.

G.S. apresentava também uma significativa desregulação comportamental, que não ficou claramente evidente no momento da avaliação, traduzida numa inadequação na interação social, irritabilidade, impulsividade e agressividade, que parece ser influenciada, invariavelmente, pela interação complexa de diferentes fatores, tais como os défices cognitivos, o reduzido *insight*/consciência, a baixa tolerância à frustração e traços pré-mórbidos. Contudo, o cliente parecia não criar associações entre os seus comportamentos que, por vezes, provocavam o afastamento dos elementos do grupo e, noutras ocasiões, ainda que desajustados, aparentavam trazer-lhe benefícios secundários, como a atenção do grupo, o carinho e o cuidado. Na verdade, alguns comportamentos desafiantes surgem, em parte, pelo modo como o ambiente responde às ações da pessoa com lesão. Até em situações nas quais o *feedback* é fornecido sob a forma de crítica, os comportamentos desajustados podem estar a ser inadvertidamente reforçados, conduzindo à sua manutenção de forma inconsciente por parte do cliente, que vê neste meio uma oportunidade de dirigir as atenções para si, uma vez que em pessoas com TCE, as suas condutas inapropriadas podem originar situações em que são rotineiramente ignoradas pelos outros (Alderman, 2003). Porém, G.S. ia apresentando, aparentemente, momentos de consciência, o que leva a pensar que poderemos estar perante uma “síndrome de descontinuidade” (termo proposto por Ben-Yishay), caracterizada por uma oscilação entre períodos em que existe consciência e é possível criar distanciamento e análise, e outros em que o estado de consciência está alterado. Este aspeto, tal como era perceptível, faz com que o cliente aja adequadamente em algumas situações e noutras quando, por exemplo, está mais cansado, frustrado e irritado, perca essa consciência, agindo com o impulso. Por vezes, referia não apreciar as suas atitudes e querer mudar, no entanto não intencionalizava. Neste caso, e devido às oscilações dos níveis de consciência, ele parece ser capaz de, por vezes, reconhecer os seus défices quando são demonstrados em situações concretas. Mas como, tipicamente, acontece em lesões de predomínio frontal, pode haver uma perda da capacidade de incorporar o conhecimento do défice percebido num sentido global de si mesmo como agente de ação. Subsequentemente, o comportamento, verbal ou não, pode não refletir essa

consciência de forma significativa, levando-o a agir como se não tivesse o défice que antes era capaz de reconhecer (Anderson & Lux, 2004).

Naturalmente, a desregulação emocional e comportamental evidenciada constitui uma experiência geradora de sofrimento psicológico (“Como é que alguém pensou que eu iria fazer isso? [...] Vão dizer que a culpa é minha” [sic]).

A resistência de G.S. em descansar/adormecer poderá estar ligada à experiência do coma, pelo que é possível que exista um medo de adormecer, de perder o controlo e não conseguir acordar.

A par da LEA existe o diagnóstico de PHDA, uma condição que poderá estar a agravar as dificuldades de G.S. em termos atencionais e da impulsividade (Weiss & Weiss, 2004).

Por fim, há que ter em conta que, na RN, a aprendizagem assume um papel fundamental na re aquisição de competências antigas e/ou desenvolvimento de novas habilidades. Por isso, deve considerar-se que as dificuldades evidenciadas ao nível da atenção e memória, poderão tornar este processo mais lento e frágil (Wilson, 2003).

Plano Individual de Reabilitação

Tendo por base a análise do caso, foram delineados os seguintes objetivos principais:

No acompanhamento psicológico: (1) aumentar a capacidade de *insight* e metacognição; (2) estimular a ação de forma ponderada e consistente; e (3) promover autonomia e responsabilidade pessoal.

No TC: estimular as funções cognitivas e aprendizagem de estratégias de compensação.

Intervenção Neuropsicológica

Devido à relutância do cliente para frequentar o PHRN, foi importante desenvolver estratégias que permitissem estabelecer, inicialmente, o relacionamento, tais como validar os seus sentimentos de raiva e frustração. Paralelamente, existiu um trabalho motivacional, com vista a aumentar o envolvimento na reabilitação e a dar sentido a este processo, ajudando G.S. a identificar os seus valores, pontos fortes, projeto de vida futuro, objetivos e barreiras, refletindo sobre qual seria o seu papel nesta fase. Procurou-se transmitir uma visão alargada, a partir de diferentes perspetivas, em relação à maneira como vê a realidade da reabilitação, encarando-a numa lógica de progressão e desenvolvimento pessoal, desconstruindo estereótipos sobre a incapacidade e a reabilitação.

O foco da intervenção assentou, essencialmente, numa abordagem de compensação funcional, visando a melhoria da execução de tarefas e a sua participação, por intermédio da aprendizagem de habilidades e estratégias que permitam a compensação dos défices cognitivos na

sua funcionalidade. Para tal, recorreu-se a diferentes técnicas, englobando estratégias compensatórias internas (p. ex., autoinstrução e parar/pensar) e externas (p. ex., alarmes, registos escritos e cartões de pistas com as inscrições “*stop*” e “*foco*” para auxiliar no TC, dadas as suas dificuldades em pensar antes de agir e permanecer na tarefa, respetivamente), bem como o suporte estruturado pela família.

Foi parte do processo implicar os familiares no mesmo, responsabilizá-los nesta fase e criar uma aliança colaborativa entre todos, dando um impulso para os ajudar a serem mais consequentes e a estarem mais comprometidos com a reabilitação do cliente. O envolvimento da família é fundamental para propiciar autonomia, auxiliar na generalização e otimizar esta etapa. Como tal, foi importante educar acerca dos aspetos inerentes à condição do cliente e explicar aquilo que lhes era pedido, para que a intervenção fizesse sentido a todos os intervenientes. Esta compreensão habilita a família a serem fontes de *feedback* em relação ao progresso de G.S.

Devido aos problemas com a metacognição e consciência foi desenvolvido um trabalho sustentado em diferentes técnicas, nomeadamente: (1) psicoeducação (para contextualização acerca da situação); (2) *feedback* através da visualização dos seus vídeos das apresentações em grupo e dos comentários às apresentações dos colegas, bem como análise de situações concretas e significativas, para ter impacto. Procurou-se transmitir, sempre que possível, *feedback* imediato, consistente e direto para haver concordância e fazer sentido ao cliente, de forma cuidadosa e que englobasse pontos fortes e desafios, incluindo opções alternativas aos comportamentos problemáticos, tal como proposto por Winegardner (2017). Eram, igualmente, analisados os *feedbacks* de membros da equipa e dos colegas. Neste último caso, tem sido apontado que, trabalhar com grupos tem a vantagem de criar oportunidades de os clientes poderem partilhar *feedback* construtivo num ambiente seguro, o que pode ter maior impacto e efetividade do que aquele transmitido pela equipa e/ou família (Winegardner, 2017). O *feedback* por meio dos vídeos, em analogia com o verbal, tem sido considerado como mais efetivo (Schmidt et al., 2012); e (3) estimulação de um pensamento mais flexível e expansivo, que vai para além das suas necessidades imediatas e que inclui outras pessoas, os seus pontos de vista e sentimentos (p. ex., refletir sobre a forma como falava com os colegas). O cliente foi incentivado a pensar para além das circunstâncias atuais, no futuro e a ter em consideração as possíveis consequências dos seus comportamentos. Esta técnica foi usada como recurso para encorajar G.S. a expandir o foco para além do nível mais concreto, de maneira a englobar uma esfera maior de consciência.

Os *insights* produzidos pelo cliente, nos momentos de consciência, nos quais conseguia analisar-se com distanciamento (p. ex., “tenho de ouvir, saber o que vou responder e como, esperar antes de responder [...] Depois de cair em mim vejo que podia ter falado de outra maneira [...] cada pessoa precisa de espaço e ter espaço dentro de si para receber os outros [...] Acho que criava

aquilo na minha cabeça, das pessoas não gostarem de mim [...] Parece que só quero fazer o que me apetece, parece que estou contra a vontade [enquanto visualizava um vídeo de uma apresentação ao grupo]” [sic]), eram registados pelo próprio, num caderno, onde ficavam compilados, na tentativa de aumentar a sua consciência e apropriação. Estas reflexões eram objeto de análise, sendo ponderadas alternativas de resposta, em caso de inadequação, e serviam para exemplo e nomeação de contrariedades nos momentos em que os níveis de autoconsciência eram mais reduzidos.

Tendo em conta a suposição de uma “síndrome de descontinuidade”, pretendia-se através destas técnicas, diminuir o hiato existente entre os momentos de consciência e ausência da mesma. A promoção de estratégias metacognitivas possibilita a atribuição de validade às atividades realizadas na reabilitação, enquanto permite que o cliente produza resultados mais eficientes, tornando-o um agente ativo no processo de recuperação, aumentando a motivação para a adesão e envolvimento, principalmente em tarefas quotidianas, por sentir que é detentor de maior autonomia e “controlo” sobre a sua vida.

Existia em G.S. uma desregulação emocional e comportamental, no entanto, priorizou-se o trabalho direcionado para a regulação comportamental, uma vez que a regulação emocional exigiria uma capacidade “profunda” de análise da sua parte e, no momento, ele não tinha, ainda, a capacidade de o fazer. A este propósito, importa referir que a impulsividade estava a obstaculizar a concretização de objetivos e as relações interpessoais. Assim, (1) transmitiu-se *feedback* frequente, como descrito anteriormente, para ajudar a moldar e modificar o comportamento, e trabalhou-se o aumento da reflexividade; (2) promoveu-se a compreensão dos problemas (através da psicoeducação relativa à natureza das alterações comportamentais); (3) incentivou-se o reconhecimento de sinais de alerta precoces, ajudando-o a compreender como as emoções podem sair do seu controlo e levá-lo a agir no impulso (houve um foco dirigido para o corpo, auxiliando-o a reconhecer sinais de exaltação emocional, isto é, a identificar alterações físicas no mesmo quando fica frustrado/irritado, uma vez que apresentou queixas somáticas – “Começa primeiro na cabeça e depois espalha pelo corpo, dá vontade de partir tudo” [sic]); (4) utilizaram-se estratégias de relaxamento através da respiração, que seria útil para conter a impulsividade e abrandar o estado de ativação (as sessões de *mindfulness* contribuíram, igualmente, para trabalhar esta componente); (5) recorreu-se, ainda, à técnica “Parar/Pensar”, por estimular a utilização de estratégias cognitivas ao envolver a lógica localizada no lobo frontal e as suas capacidades de raciocínio. Desta forma, o cliente foi encorajado a fazer uma pausa e refletir acerca das suas intenções, antes de as executar, o que além de ter efeitos sobre a impulsividade, foi utilizado como ferramenta para melhorar os défices no planeamento (Winegardner, 2017); e (6) em conjunto com esta última técnica descrita, promoveu-se a utilização da autoinstrução (G.S. foi incentivado a instruir-se e a seguir essa

orientação, até que a mesma fosse, gradualmente, internalizada. Por exemplo, em relação à sua inadequação na interação com os pares, nomeadamente em termos das questões proxémicas, procurou-se trabalhar este aspeto por via da autoinstrução de regras, na expectativa de que ao assimilá-las e torná-las um hábito, pudesse tornar-se mais ajustado socialmente, dado que devido à extensão e complexidade da lesão, a consciência de regras poderá não ser recuperável em termos neurológicos). Tendo em conta a hipótese de existir uma dificuldade na leitura de pistas sociais, procurou-se entender melhor este aspeto através da criação de situações contextuais hipotéticas, nas quais tinha de identificar a emoção básica associada ao momento. No entanto, G.S. tinha esta capacidade, o que levou a crer que algumas das suas atitudes dever-se-iam à impulsividade e não tanto à razão. Dada a sua impulsividade, foi importante ajudar a conter, com reforço externo e momentos de reflexão.

A intervenção concentrou-se, do mesmo modo, no desenvolvimento da autonomia do cliente, que manifestou este interesse. Para tal, foram identificados objetivos, efetuado o planeamento de cada semana, através de um calendário semanal e *checklists*, e criadas rotinas, de forma que possa fazer uma gestão mais independente e tornar-se mais responsável. A criação de rotinas estruturadas pode fornecer aos clientes a sustentação necessária para auxiliá-los a seguirem a sequência de passos necessários para atingir objetivos estabelecidos (Winegardner, 2017). Foram promovidos os registos (em casos de défices na memória de trabalho e na velocidade de processamento, pode ser difícil recorrer a uma estrutura “em mente”, por isso a escrita pode ser mais útil [Wilson, 2003]) e colocados alertas sonoros/lembretes para fornecer recordações/estímulos externos que o levassem a concretizar as ações delineadas no planeamento e que seriam importantes para colmatar os problemas de memória e nas funções executivas. A ajuda dos membros da família seria importante para apoiar a criação de uma rotina, com ênfase na consistência e repetição (Fish & Brentnall, 2017). No centro, quando possível, era criado um momento de curta duração durante a semana, além da sessão de Psicologia, para efetuar-se um balanço daquilo que foi planeado, rever o que tinha no calendário e verificar se estava a cumprir com o mesmo, para haver uma maior monitorização. Considerou-se este último ponto como pertinente, uma vez que em relação a G.S. era necessária uma ajuda externa para estimular a ação, pois não iniciava a verificação das listas criadas/calendário semanal.

Foi parte integrante do processo de reabilitação reforçar positivamente, valorizar aquele que ia sendo o esforço de G.S. e validar o que, por vezes, não era conseguido e a dificuldade implicada, dado que a sua vida era já pautada por uma série de aspetos que não conseguia fazer, inibir ou gerir.

Em relação à resistência em ir descansar, e face aos relatos a este propósito, exploraram-se pistas de medo e de segurança, procurando abordar e desmistificar o receio de ir dormir e de não

acordar, bem como identificar elementos que transmitissem segurança e serenidade que permitiriam abrandar o sistema nervoso autónomo, por exemplo, através da respiração.

Quanto aos aspetos neurocognitivos, além de serem trabalhados de forma subjacente nos parâmetros até aqui descritos, foram estimuladas as funções cognitivas, da forma mais individualizada possível, tal como especificado anteriormente na secção do relatório destinada à descrição das atividades, nomeadamente, do TC. No entanto, como o referido acima, a intervenção incidiu, primordialmente, no treino de estratégias compensatórias para lidar com as circunstâncias, além de serem trabalhadas as habilidades metacognitivas.

Reavaliação Neuropsicológica

Observação Comportamental

Exibiu uma postura desinvestida e esteve pouco envolvido na tarefa. Neste sentido, acredita-se que alguns resultados desta avaliação possam ter sido influenciados negativamente.

Avaliação Psicométrica

A reavaliação neuropsicológica foi efetuada com recurso ao protocolo utilizado na primeira avaliação, especificado anteriormente, à exceção do MoCA, em que foi aplicada a versão 2 deste teste, para controlar o efeito de aprendizagem.

Para definição do grau de défice foram considerados valores de 1.5DP, 2DP e $\geq 2.5DP$ abaixo da média, que correspondem a um défice ligeiro, moderado e grave, respetivamente. Valores de desvio-padrão não indicativos de um défice, foram classificados por diferentes níveis: -0.5 até +0.5 (médio), -0.6 até -1 (médio inferior), -1.1 até -1.49 (inferior), +0.6 até +1 (médio superior), +1.1 até +2 (superior) e $>+2$ (muito superior).

Interpretação dos Resultados⁶

Em comparação com a avaliação pré-intervenção, não houve variação em termos do funcionamento cognitivo global, que continua a sugerir a presença de um défice grave, para as suas características demográficas. Esta classificação parece ter sido influenciada pelas pontuações obtidas em tarefas que envolviam o domínio visuoespacial e executivo, atenção, linguagem e evocação diferida (beneficiou com pistas de reconhecimento). A avaliação mais precisa e detalhada das funções cognitivas continua a indicar um comprometimento ao nível da atenção visual (seletiva, sustentada e alternada), embora se destaquem as melhorias clinicamente significativas em termos da atenção visual seletiva. O desempenho é, igualmente, sugestivo de

⁶ No Anexo 2 encontra-se uma tabela com os resultados da reavaliação psicométrica do cliente.

uma lentificação do processamento de informação visual (salientando-se o resultado próximo do défice ligeiro no teste d2 e os valores próximos do défice moderado no TMT-A. A variação entre ambos os testes na avaliação deste construto, poderá ser explicada com o tipo de aptidões subjacentes. Mais especificamente, um pior resultado na parte A do TMT poderá ser mais bem justificado pela implicação de uma sequência lógica e planeamento da ação, o que poderá fundamentar uma melhoria mais significativa que existiu em relação ao primeiro momento de avaliação no teste d2, que implicava subjacentemente, sobretudo, a discriminação perceptiva). Não foram registadas limitações em termos da memória visual imediata e diferida (por reconhecimento), nem na memória auditivo-verbal (por evocação diferida), tendo havido uma melhoria clinicamente significativa em relação à primeira avaliação. Os valores da memória auditivo-verbal imediata (por evocação livre) mantiveram-se dentro do nível médio inferior. Os resultados são, ainda, indicativos da manutenção de limitações na memória de trabalho e flexibilidade cognitiva em tarefas mais complexas, como é o caso do TMT-B, em comparação com a Memória de dígitos e BADS, o que pode significar a existência de dificuldades em situações de maior complexidade, que exijam a tomada de decisão e um raciocínio mais complexo, por exemplo. Semelhante à primeira avaliação, a baixa *performance* nas 3 pontuações base “Palavra, Cor, Cor-Palavra” do STROOP não possibilitam uma interpretação segura em relação ao controlo inibitório, cuja pontuação poderá dever-se ao défice grave do funcionamento cognitivo global. No entanto, os dados da observação ao longo do programa indicaram limitações a este nível.

A partir da escala HADS, identificou-se a presença de sintomatologia ansiosa moderada e não foi encontrada sintomatologia depressiva em níveis clinicamente significativos. Na avaliação subjetiva da QdV, G.S. demonstra-se, no geral, satisfeito, não tendo havido alteração comparativamente ao primeiro momento de avaliação. A análise de cada fator do QOLIBRI indica que, atualmente, é ao nível do *self* e das AVDs que percebe maior bem-estar e é, por sua vez, nos domínios cognitivo e físico que diz ter menor satisfação. Relativamente ao primeiro momento de avaliação, o cliente demonstra maior satisfação em termos do *self*, das AVDs e emocionais, manteve os valores relativos ao fator social e baixou a satisfação ao nível cognitivo e físico (provavelmente, justificados por uma maior consciência da sua condição).

Reflexão do Caso

Este caso foi muito interessante pela sua complexidade, tornando-o também particularmente desafiante, não só pelas limitações do cliente ao nível do *insight*/consciência de si, mas, igualmente, pela falta de envolvimento e de sentido de compromisso, o que dificultou a implementação das intervenções e se refletiu nos seus resultados. Era frequente recusar participar nas sessões ou colaborar de forma forçada, resistir à orientação e apresentar comportamentos de

oposição, sobretudo em atividades de grupo. Com G.S. era necessário assumir duas posições, isto é, por um lado adotar uma atitude de contenção, suporte e compreensão e, por outro lado, manifestar uma postura mais firme para lidar com alguns dos seus comportamentos desajustados. Em relação a este último aspeto, em conjunto com a abordagem na qual era trabalhado o aumento da consciência, havia da minha parte um receio de estar a influenciar negativamente a relação terapêutica construída, por haver um foco direcionado para aspetos negativos do cliente que podiam reforçar uma visão depreciativa de si e transmitir falta de empatia da minha parte. Por isso, foi importante encontrar um equilíbrio entre o reforço de aspetos positivos, a compreensão e uma análise mais direcionada para o erro.

Em casos como o de G.S., nos quais os défices executivos são graves e estão combinados com dificuldades noutros domínios, o fornecimento de ajudas externas, como foi o foco principal da intervenção, pode não ser por si só eficaz. Por isso, em termos longitudinais, pensa-se que será necessário considerar a mudança em alguns aspetos do seu ambiente físico e/ou social, pelo que, mais uma vez assumem um papel importante, neste âmbito, a família e amigos (Evans, 2003). Quanto à retoma dos estudos, como era o objetivo do cliente, julga-se que não estarão reunidas as condições ideais, pelo que no futuro seria, possivelmente, mais benéfico frequentar atividades ocupacionais.

6.2. Caso J.G.

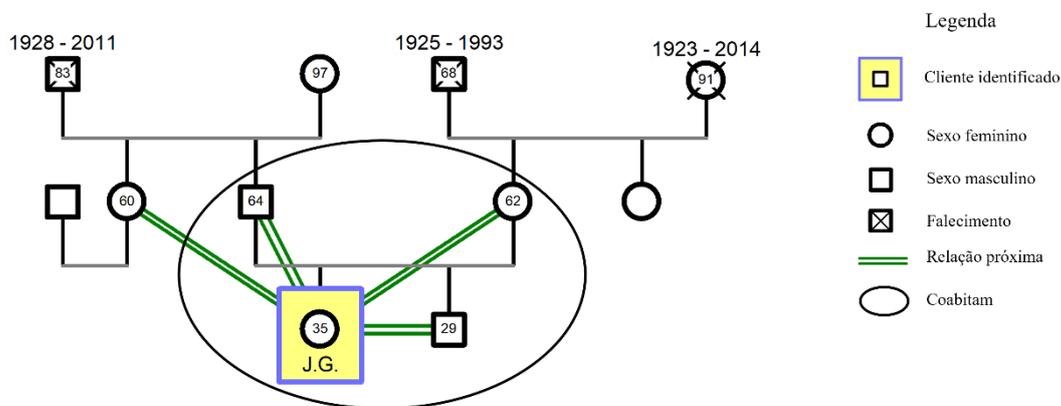
Identificação

J.G. tem 35 anos de idade, é do sexo feminino, solteira e licenciada em Educação de Infância. À data da intervenção, encontra-se desempregada. É natural e residente do Porto, onde vive com o pai, a mãe e o irmão.

Genograma

Figura 2

Genograma de J.G



Pedido/Encaminhamento

A cliente foi encaminhada pelo serviço de consulta de Neuropsicologia de uma faculdade, após ter concluído um programa de estimulação cognitiva e manifestado interesse em retomar a atividade laboral. J.G. solicitou apoio para retomar o trabalho, preferencialmente, na sua área de formação.

História Clínica

J.G. tem histórico clínico de um tumor cerebral, com lesão encefaloclástica cortico-subcortical frontal e temporal superior esquerda. Foi operada a oligoastrocitoma anaplásico, seguido de radio e quimioterapia. Mantém acompanhamento em Neurocirurgia e Neurologia.

No quadro da sua lesão, destacam-se as alterações ao nível das funções mentais, da linguagem, neuromusculoesqueléticas, epilepsia pós-traumática e dificuldades na motricidade fina. É autónoma do ponto de vista das AVDs.

Uma avaliação neuropsicológica anterior indicou um quadro clínico de perturbação neurocognitiva *minor* (DSM-5)⁷. Por esta razão, foi encaminhada para RN. A psicóloga responsável reportou postura colaborativa e empenhada, com benefício na utilização de estratégias internas de memorização e uma evolução positiva ao nível da velocidade de processamento. Por outro lado, salientou o impacto da ansiedade no seu desempenho. A reavaliação neuropsicológica demonstrou que o desempenho de J.G. sugeria um padrão de alterações cognitivas difuso (predominantemente ao nível da velocidade de processamento mental, atenção, funcionamento executivo e memória [de trabalho, auditivo-verbal e visual], fluência verbal e fonémica e linguagem [lapsos menores na repetição de estruturas sintáticas mais complexas, com possível associação às dificuldades atencionais supracitadas]), globalmente sobreponível ao do estudo neuropsicológico anterior (ainda que se destaquem ligeiras melhorias, principalmente, na memória visual a longo prazo). Deste modo, mantinham-se os critérios para perturbação neurocognitiva *minor* (DSM-5). A perceção de maior eficácia por parte da cliente, assim como a procura e interesse demonstrado em retomar a atividade laboral, levou ao encaminhamento para o centro de reabilitação profissional. Desta forma, integrou o Programa de Recuperação e Atualização de Competências para pessoas com LEA (inserido no PHRN), no centro de reabilitação.

J.G. encontra-se medicada com: Depakine 500 (antiepilético), Neurontin (antiepilético) e Zebinix (antiepilético).

Lista de Queixas/Problemas Identificados

No momento da avaliação neuropsicológica, assinalou alterações na mão direita, reportando uma sensação de pressão ou formigueiro que a incomoda e dificulta a motricidade fina. Ao nível da linguagem, mencionou que bloqueia e fica pouco fluente (“parece que fico bloqueada, penso e sei o que quero dizer, mas não sai. Parece que enrola a língua” [sic]). Disse, contudo, ser uma situação pontual, que atribui a fator emocional. O pai contou que, quando J.G. se sente mais ansiosa, tem estes bloqueios no discurso que, na opinião dele, poderão relacionar-se, igualmente, com a sua timidez, bem como com sequelas da epilepsia. A cliente referiu ficar com raiva quando não consegue expressar-se, devido aos referidos bloqueios no discurso. Mencionou queixas ao nível da memória recente, para as quais não tem por hábito usar estratégias compensatórias.

Durante o processo de acompanhamento, conta que quando fica nervosa, como em situações em que está em público ou a conversar com alguém que não conhece, sobretudo, bloqueia. Os bloqueios refletem-se, essencialmente, numa dificuldade na articulação das palavras e em pausas anómicadas, cuja perceção aumenta a sua ansiedade. Nestes momentos, “parece que não

⁷ DSM-5: Abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.

sei dizer nada, digo coisas que não quero e parece que nem oiço (...) às vezes parece que não estou cá e depois não percebo o que é que me disseram (...) sinto que fico nervosa, que fico alterada” (sic), acrescentando que a sua atenção parece dispersar, não consegue raciocinar e formular um pensamento, não sabe o que responder ou se vai responder corretamente, ficando ansiosa. A este propósito, exemplificou com um momento em que foi difícil para si dar o *feedback* a um colega, relativamente a um exercício, “olhava para a folha e é como se não estivesse a ver nada. Sentia a cara a ficar vermelha e bloqueava mais (...) o coração bate muito, as mãos transpiram” (sic). Estas situações desencadeiam pensamentos, tais como “os outros vão pensar que não sei dizer as palavras, que não percebo nada (...) Vão achar que sou uma pessoa com dificuldades (...) Gostava de ser como algumas pessoas que são mais novas e falam bem (...) estou a ser chata porque me baralho a falar (...) já era tímida antes [da lesão], mas sinto que fiquei pior” (sic). Quando não consegue exprimir-se como pretendia, diz sentir-se triste, envergonhada e contrariada, “não percebo, não sei porquê isto (...) vou para casa e dá-me vontade de chorar, porque é que eu sou assim? Acho injusto, já acontece há tanto tempo. Estou cansada disto. Para mim isto é um problema, antes eu falava” (sic). Referiu ter baixa autoestima e apresenta uma atitude depreciativa em relação a si, além de uma dificuldade em valorizar os seus ganhos, “pareço uma totó, tenho a idade que tenho e parece que tenho menos. Parece que faço cara feia quando estou envergonhada, pareço uma deficiente. Rio-me para as pessoas e os meus pais dizem que tenho de ser mais séria, que pareço uma totó, que sou muito tímida. Gostava de estar mais à vontade” (sic).

Existem outros bloqueios, por sua vez, de maior duração (podem durar mais de 1 hora), em que “a língua enrola, não consigo dizer nada, as pernas ficam sem força, a mão direita também, não consigo andar nem pegar em nada” (sic). A cliente refere antecipar e ter medo de ter estes bloqueios, “tenho receio de virem coisas mais intensas, já veio tanta coisa, como as músicas [que ouvia na sua cabeça durante algum tempo após a operação]. Tenho medo de estar a piorar” (sic), embora o médico neurologista refira que estes acontecimentos dever-se-ão, provavelmente, a crises de epilepsia e não estarão associados a uma progressão da doença. A vulnerabilidade associada a estes momentos retira-a de alguns contextos de vida.

Relata dificuldades na escrita e foi sendo perceptível ao longo do seu percurso, limitações ao nível da compreensão, além daquelas identificadas na produção da fala, que eram visíveis em situações onde estava inserida num grupo numeroso de pessoas ou na relação de um para um, embora em menor grau. É frequente antecipar as dificuldades na comunicação, o que é gerador de estados de ansiedade.

Os diferentes tipos de bloqueios descritos surgem, de acordo com J.G., em diversos contextos, nomeadamente, em casa com familiares próximos.

História de Vida

J.G. é a primeira filha de uma fratria de dois irmãos e cresceu com os pais e o irmão. Refere que, de acordo com a mãe foi uma filha desejada, à semelhança do seu irmão, e quanto aos marcos do desenvolvimento psicomotor, embora tenha dito não se recordar em pormenor do que lhe foi contado, menciona ter sido “muito precoce” (sic). Frequentou o infantário a partir dos 5 anos de idade, sendo que até aqui, ficava com a mãe, que trabalhava em casa, como esteticista. Por isso, afirmou que “era muito próxima da minha mãe” (sic). Aos 6 anos de idade, entrou para escola primária e em relação ao seu percurso não referiu reprovações nem problemas de adaptação, disse que gostava da escola e de estudar, era empenhada, tinha uma boa relação com os colegas e professores (na primária “a professora gostava muito de mim” [sic]) e criava laços de amizade com facilidade.

O irmão nasceu quando tinha 6 anos de idade e refere sobre este assunto que, “pedia várias vezes aos meus pais um irmão ou uma irmã” (sic) e que “quando ele veio para casa, queria protegê-lo em tudo, eu parecia mãe dele (...) tive um bocadinho de ciúmes quando ele veio para casa, mas nunca senti que os meus pais dessem mais atenção ao meu irmão. Eu brincava muito com ele” (sic). É também aos seus 6 anos de idade que morre o avô materno, com 69 anos de idade, vítima de cancro no estômago. Este avô era considerado uma figura próxima e J.G. diz recordar-se “de muitos episódios felizes, das nossas brincadeiras” (sic).

Entre os 6 e os 8 anos de idade praticou natação. Recorda uma infância passada com os avós paternos, que moravam perto, e com quem ficava no final das aulas, e lembra os fins-de-semana com os avós maternos e os primos, com quem brincava e passava os verões na praia, juntamente com os pais e, mais tarde, o irmão. Fala, ainda, sobre as “brincadeiras na rua” (sic) com os colegas de turma, que viviam próximos da sua casa, e acrescenta que o pai costumava participar nos seus tempos lúdicos (“Lembro-me de brincar com os legos com ele e ao dominó” [sic]). Sonhava ser professora primária, por isso diz que “era a minha avó materna quem costumava fazer de minha aluna” (sic). Adjetiva-se como tendo sido uma criança tímida e afetuosa, mas também menciona que “dantes eu era muito desenrascada. Ia à confeitaria e à mercearia sozinha, com 9 anos mais ou menos, e ia sozinha para escola a partir da terceira classe. Na escola é que sempre fui mais tímida [referindo quanto a este aspeto que era pouco interventiva]” (sic).

Com 11 anos de idade, e quando transitou para o 5.º ano de escolaridade, mudou de casa. Refere ter-se adaptado sem dificuldade à mudança, mas diz ter deixado de relacionar-se com alguns colegas, embora tivesse outras crianças vizinhas da sua idade, com quem contactava. Para a nova escola foi consigo uma amiga, que conhecia desde o infantário, mas que no 6.º ano foi viver para o Brasil. Destaca dois outros amigos, que manteve, essencialmente, até ao 12.º ano de

escolaridade, mas com quem foi perdendo, gradualmente, o contacto após a lesão. Era frequente saírem para ir ao cinema.

Em 2005, com 18 anos de idade, quando estava a frequentar o 12.º ano de escolaridade de Ciências e Tecnologias, foi diagnosticada com um tumor cerebral, razão pela qual teve de interromper os estudos. Conta que sentia com frequência dores de cabeça, mas pensou que se devessem ao cansaço. As dores desapareciam durante alguns dias, mas surgiam novamente e permaneciam durante um determinado período de tempo. Posteriormente, começou também a notar pontos pretos flutuantes na visão, “como se fossem formigas a andar de um lado para o outro” (sic) e quando as dores de cabeça eram já “muito fortes e insuportáveis” (sic), os pais levaram-na ao hospital. Depois de um conjunto de exames, recebeu o diagnóstico, seguindo-se uma série de etapas relacionadas com o internamento, operação e tratamento. Segundo J.G., os médicos disseram que o tumor não foi removido na totalidade por estar localizado no hemisfério esquerdo, próximo das áreas da linguagem, pelo que poderia ficar sem conseguir falar. Quando soube o diagnóstico e durante os tratamentos “houve uma fase de confusão, nem estava a perceber bem o que se estava a passar. Quando soube foi muito difícil, eu só pensava ‘porquê a mim?’. Mas restava-me aceitar” (sic). Para ultrapassar esta fase, refere ter sido importante o apoio dos seus familiares, nomeadamente, os pais “que não queriam mostrar que estavam a sofrer, mas queriam animar-me. Eles estavam sempre no hospital.” (sic) e uma tia, irmã do seu pai, que é considerada uma pessoa significativa na sua vida e que ia visitá-la todos os dias ao hospital e lhe levava livros e palavras cruzadas. Era frequente receber as visitas dos seus avós, do padrinho e de uma outra tia, irmã da mãe, embora não seja com agrado que descreve os momentos com esta familiar durante o internamento (“parecia que gozava, estava sempre a tirar fotografias. E eu não gostava porque fiquei com a cara disforme, quando me via ao espelho nem me reconhecia, o cabelo ficou mais fraco” [sic]). Atualmente, diz que “já ultrapassei a doença, agora quero esquecer que tive a lesão. Sei que passei por muita coisa, mas quero virar a página” (sic).

Após os tratamentos, concluiu o 12.º ano e, em 2008, ingressou na faculdade no curso de Educação de Infância. Para reduzir a sobrecarga, dividiu as unidades curriculares ao longo de seis anos, tendo concluído o seu percurso formativo em 2014, com 27 anos de idade. Durante este período, conta que era difícil escrever e acompanhar aquilo que os professores diziam nas aulas, “as palavras ficavam trocadas, tinha dificuldade em concentrar-me e acompanhar o ritmo” (sic), devido a uma velocidade de processamento reduzida e ao facto de estar um pouco lentificada. Além disto, sentia que as pessoas não a compreendiam e que não tinham sensibilidade para o seu problema, “os professores e os colegas sabiam, mas ninguém dava valor (...) não tinha muitos amigos, não aceitavam, parece que gozavam. Sentia-me uma tonta ao pé delas” (sic). Identifica algumas situações em que se sentiu humilhada, exposta, envergonhada e desvalorizada, embora

mencione que prefere não falar sobre estes assuntos e esquecê-los: relata um momento decorrido na praxe, no qual gritaram com ela perante outras pessoas, porque a sua mochila rasgou e caíram alguns objetos (“só queria ir para casa” [sic]); foi “obrigada” (sic) pelas colegas de grupo a ir a casa buscar a sua parte de um trabalho, mas quando regressou teve de ficar a trabalhar sozinha; ficou numa paragem de autocarro desacompanhada enquanto estava a sentir-se mal (“estava a ouvir as músicas na minha cabeça e estava sem forças e as pessoas que estavam comigo foram embora” [sic]); e conta que o namoro com um rapaz que conheceu na faculdade não terá passado de uma aposta entre ele e os seus amigos. Por estas razões, refere que “gostava de ter dito que gostei [da faculdade], mas não” (sic).

Envolveu-se em algumas atividades com 24 e 25 anos, nomeadamente *yoga* e *tai-chi*, mas desistiu porque “fazia-me confusão na cabeça, não conseguia pensar” (sic).

Refere atividade laboral em 2017 ou 2018 (não sabe precisar), durante 3 meses, como auxiliar num estabelecimento educativo, onde terá preenchido uma vaga de caráter de substituição numa creche, temporariamente. Diz ter gostado desta experiência (“gosto muito de crianças, eu fazia-as rir, era dócil” [sic]), onde desempenhava diferentes funções, tais como fazer as camas, aspirar ou limpar as cozinhas. Atualmente, encontra-se desempregada.

Antes da sua entrada para o centro, e desde que ficou desempregada, não tinha atividades estruturadas fora de casa, ocupando os seus dias dedicada a tarefas domésticas, com especial gosto pela cozinha.

A cliente vive com o pai (64 anos, consultor imobiliário), a mãe (62 anos, doméstica) e o irmão (29 anos, psicólogo clínico), que refere ser “muito meu amigo, não consigo ficar zangada com ele” (sic). Em relação aos bloqueios anteriormente referidos, a cliente menciona que a mãe “percebe logo quando vou ter uma crise. Às vezes fica atrapalhada, mas é muito meiga, basta-me olhar para a minha mãe que ela sabe o que vai acontecer. O meu pai e o meu irmão também ficam preocupados, mas não sabem quando vai acontecer” (sic). J.G. mantém o contacto com a avó paterna, de 97 anos. Os restantes avós já faleceram, sendo que a avó materna morreu em 2014 de morte natural, o avô materno, já mencionado, em 1993 e o avô paterno em 2011, na sequência de um AVC.

Quando questionada sobre a sua autoperceção enquanto adulta, J.G. descreve-se, de imediato, como uma pessoa tímida, mas acrescenta que também é amiga, simpática e boa ouvinte. Diz ter uma personalidade parecida à da sua avó paterna porque “também diz que sim a tudo” (sic) e identifica-se, igualmente, com a mãe “que é um pouco ansiosa, sobretudo agora com o problema na tiroide” (sic).

Indica como atividades prazerosas para si ir ao cinema, ao *shopping* e à praia.

“Gostei muito da minha vida, apesar de o meu avô ter falecido cedo” (sic), é desta forma que se refere ao seu passado. Quanto ao futuro, diz olhá-lo com esperança, embora afirme que “dantes tinha mais [esperança], agora não sei, tenho muitas dúvidas” (sic). Gostava de trabalhar com crianças, ter um namorado e casar.

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica foi efetuada com recurso a uma entrevista semi-estruturada, observação clínica e uma bateria de provas de avaliação standardizadas. Saliento, que pela mesma razão indicada no caso clínico anterior, não será exposto o protocolo habitualmente aplicado no centro.

Observação Comportamental

J.G. apresentava um aspeto cuidado, com um vestuário adequado ao contexto, época do ano e idade. Encontrava-se orientada no tempo, auto e alopsiquicamente, e manteve uma atitude colaborante e comportamento adequado ao longo da avaliação. Exibia uma postura ansiosa, sobretudo na realização das tarefas e antecipava o erro em algumas situações. O discurso era coerente, contudo assinalaram-se bloqueios e uma certa dificuldade em compreender algumas das instruções das provas administradas.

Avaliação Psicométrica

A avaliação psicométrica foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos⁸: **MoCA**; **D2 – Teste de Atenção**; **TMT**; **WMS-III** – foram usados apenas alguns subtestes, nomeadamente Faces I, Pares de Palavras I, Faces II, Pares de Palavras II e Memória de Dígitos; **BADS**; **STROOP - Teste de Cores e Palavras**; **HADS**; **QOLIBRI**.

Para definição do grau de défice foram considerados valores de 1.5DP, 2DP e $\geq 2.5DP$ abaixo da média, que correspondem a um défice ligeiro, moderado e grave, respetivamente. Valores de desvio-padrão não indicativos de um défice, foram classificados por diferentes níveis: -0.5 até +0.5 (médio), -0.6 até -1 (médio inferior), -1.1 até -1.49 (inferior), +0.6 até +1 (médio superior), +1.1 até +2 (superior) e $>+2$ (muito superior).

⁸ A descrição dos instrumentos de avaliação pode ser consultada no caso clínico anterior, nas páginas 24 e 25.

Interpretação dos Resultados⁹

A avaliação do funcionamento cognitivo global sugere a presença de um défice grave, tendo em conta as suas características demográficas. Este resultado parece ser influenciado pelas pontuações obtidas em tarefas relacionadas com o domínio visuoespacial, atenção, linguagem, abstração, evocação diferida (beneficia com pistas de reconhecimento) e orientação (errou no dia do mês). A avaliação mais precisa e detalhada das funções cognitivas indica um comprometimento clinicamente significativo ao nível da atenção visual (seletiva e alternada – sendo que aqui, o défice é mais acentuado). As baixas pontuações no domínio atencional poderão estar a ser influenciadas pelos resultados deficitários obtidos na avaliação da velocidade de processamento da informação visual, sobretudo em provas que exigem, de forma subjacente, uma sequência lógica e planeamento de ação, como no caso da parte A do TMT, comparativamente com o teste D2. Registam-se, ainda, alterações, com valores deficitários, na flexibilidade cognitiva e memória de trabalho (com um défice mais acentuado obtido a partir do TMT-B que implica operações mentais mais complexas, exigindo aptidões como, o processamento e manipulação de duas informações distintas, alternadamente, em comparação com o subteste Memória de dígitos e com a BADS na avaliação da flexibilidade cognitiva).

Há outros testes em que, não tendo sido registados défices, a cliente obteve baixas pontuações, situadas num nível inferior, como na memória auditivo-verbal (por evocação imediata) e na atenção sustentada, e num nível médio inferior como na memória visual imediata e diferida (por reconhecimento) e na memória auditivo-verbal diferida (por evocação livre).

O baixo desempenho obtido nas 3 pontuações base “Palavra, Cor, Cor-Palavra” do STROOP não nos permite tirar conclusões seguras acerca do controlo inibitório. Porém, as baixas pontuações obtidas na Palavra e Cor, poderão estar relacionadas com as dificuldades de linguagem mencionadas pela cliente.

A partir da escala HADS verificou-se a presença de sintomatologia ansiosa em grau leve e, pelo contrário, não foram identificados valores clinicamente significativos em termos de depressão. Finalmente, no que respeita à avaliação subjetiva da QdV, J.G. mostra-se, de um modo global, satisfeita, fundamentalmente, a nível emocional. Por sua vez, percebe menor bem-estar no domínio físico.

Formulação do Caso

O contacto psicológico com J.G., partindo da sua história, observação clínica e avaliação formal, permite perceber que a lesão originou um conjunto de consequências, tais como alterações

⁹ No Anexo 3 encontra-se uma tabela com os resultados da avaliação psicométrica da cliente.

sensitivas, epilepsia pós-traumática, défices cognitivos (com a avaliação neuropsicológica a sugerir um comprometimento cognitivo difuso), limitações na linguagem verbal, além de um conjunto de reações emocionais, com implicações funcionais ao nível do trabalho, autonomia e lazer.

Especificamente, identificam-se na história da cliente episódios em que se sentiu humilhada, exposta e desprotegida por outras pessoas e que estão conectadas a vivências de vergonha intensa em relação à sua incapacidade. Houve, ainda, situações em que ficou em experiência de vulnerabilidade e sem suporte. A passagem pela faculdade, fundamentalmente, foi angustiante e pode ter trazido o auto-estigma da incapacidade e da doença crónica. Desta forma, é provável que tenham sido associadas crenças à sua condição de saúde, que exercem uma influência sobre a perceção de si e que poderão estar na base da sua crença de desvalor. De facto, parecem estar presentes níveis significativos de vergonha, interna e externa, uma vez que, em termos cognitivos, ela não só se julga de forma negativa, como também crê que os outros veem o seu *self* negativamente (Cândea & Szentagotai-Tatar, 2018), o que afeta o sentido de identidade e a autoconfiança, originando sentimentos de inferioridade (com propensão a efetuar dicotomias entre ela própria e os outros, percecionados como mais competentes), inadequação, baixa atratividade e defeito. Esta emoção surge com a finalidade de a proteger e evitar que se exponha, porém, o efeito é excessivo e, assim sendo, não tem um propósito útil, envolvendo uma tendência de ação caracterizada pelo desejo de sair da situação, esconder-se ou corrigir as imperfeições e vulnerabilidades, provocando o bloqueio em algumas circunstâncias. Pela análise das narrativas, percebe-se que esta vergonha poderá ser o resultado da internalização de experiências passadas de desvalorização e humilhação. Na verdade, as memórias de vergonha têm uma conotação de experiência traumática na memória autobiográfica, na medida em que provocam uma resposta biofisiológica semelhante à de uma memória traumática (Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Inclusivamente, J.G. referia, sobretudo, nas sessões iniciais de acompanhamento psicológico, que preferia esquecer e não falar sobre estas situações. Por estas razões, o autocrítico, uma atitude de dominância e de hostilidade, surge, aparentemente, como um meio, através do qual ela se julga e que terá a função protetora de evitar a vergonha. Porém, as suas cognições não se adaptam, por vezes, e deixam de ser funcionais. Paralelamente, a forma como a família reage e a visão negativa que é dada pelos pais em relação às suas características pessoais e ao surgimento dos sintomas, poderá estar a moldar e a reforçar as cognições depreciativas de J.G. em relação ao seu “eu”.

Por outro lado, está presente um certo grau de ansiedade social, que poderá relacionar-se com o sentimento de vergonha, ou seja, com o que os seus sinais e sintomas, que foram alvo de crítica e de rejeição, possam estar a parecer aos outros, não esquecendo que a cliente está ausente de contactos sociais alargados e que, por isso, quanto mais afastada dos mesmos, menos

familiarizada estará com a situação, originando níveis maiores de ansiedade. Além disto, parece reagir, igualmente, aos sinais, como, por exemplo, ao facto de ficar com a face ruborizada, o que aumenta o seu nervosismo, a ansiedade e a vergonha, intensificando os bloqueios na comunicação. Outro ponto relevante é a sua reação aos sintomas, às alterações sensitivas na mão e nas pernas e o bloqueio na fala, catastrofizando-os, ao julgar que os mesmos poderão estar a despoletar uma agudização da doença.

Por estas razões, colocou-se a hipótese de que os bloqueios acompanhados de alterações sensitivas possam ter uma causa psicogénica. Ainda que haja a suposição de que ocorram devido a crises de epilepsia, o facto destas reações, em diversas vezes, surgirem em momentos considerados ansiógenos e de maior exposição, leva a crer que possam ter uma componente emocional relacionada. Existe um substrato neuroanatômico (associado à epilepsia pós-traumática), por isso, é expectável que seja a este nível que ocorra a somatização da ansiedade e do receio. Além disto, existe uma experiência continuada de perda de controlo, dado que J.G. não sabe em que momento irão manifestar-se as crises.

As dificuldades no discurso que surgiam, por vezes, como as pausas anómicadas e a articulação das palavras, ainda que sejam atribuídas pela cliente e familiares à ansiedade e timidez, não parecem derivar unicamente destes aspetos, que podem intensificá-las. Estas limitações, em conjunto com uma dificuldade evidenciada por vezes, na compreensão verbal (que poderá ser influenciada pelos níveis de atenção), advirão, provavelmente, de uma questão orgânica, relacionada com a localização da lesão, que envolve as áreas subcortical frontal esquerda (Kreisler et al., 2000) e temporal superior esquerda (Hillis et al., 2001; Race & Hillis, 2015).

Este conjunto de situações, induz um comprometimento na sua funcionalidade, autonomia e participação ativa em diferentes contextos, o que retira bem-estar e origina sofrimento psicológico porque não vive de acordo com aqueles que são os seus valores. Aparentemente, há uma oposição interna, algo que se ativa e a retira de determinadas situações, mas há, igualmente, uma vontade de estar presente. As faltas que foram existindo ao longo do seu percurso no centro, pareciam ser motivadas por uma experiência de mal-estar subjetiva caracterizada por uma sensação de estar adoentada.

É importante que J.G. aumente a sua participação social. A cliente tem sonhos para o futuro, por isso, é essencial que esteja inserida na comunidade, além de ser relevante aumentar a rede de suporte social (muito circunscrita, atualmente, à família nuclear).

No caso desta cliente e, provavelmente, sob influência dos aspetos descritos até aqui, um dos seus maiores desafios parece ser a aceitação da vulnerabilidade. A frustração sentida em relação à sua condição, o desejo de mudar algo que não pode ser mudado, alimentam a não aceitação. Em contrapartida, um processo de aceitação e de tolerância, uma maior autonomia na

gestão da situação e a identificação de maneiras de alcançar o crescimento pessoal e viver uma vida com qualidade, apesar de o problema estar presente, diminuirá a frustração gerada pelo sintoma, ao mesmo tempo que permitirá uma valorização dos ganhos, o que, conseqüentemente, terá efeitos na construção da autoconfiança. Caso contrário, estamos perante o risco de ficar “congelada” na ideia rígida do que foi ou poderia ser, levando à criação de um projeto de vida incongruente com a condição de saúde e funcionante, objetivos desajustados e a uma visão distorcida de si. Ao longo do tempo, aparenta ter sido alimentado um projeto de vida pouco realista, com expectativas que fazem sentido, tendo em conta que, com menos recursos, concluiu um curso superior e, no presente iniciou um processo de reabilitação. No entanto, existe uma discrepância entre a sua certificação académica e as competências reais. Neste momento, o exercício profissional na área de formação (educadora de infância), não será o mais adequado às capacidades atuais, uma vez que o trabalho com crianças implica rapidez de resposta e autonomia para ficar sozinha e J.G. tem o seu próprio ritmo e uma velocidade de processamento reduzida. Além disto, os pais têm transmitido um otimismo um pouco irrealista ao dizerem que as suas reações se devem ao facto de ser uma pessoa tímida e ansiosa e que, eliminando estas características, as dificuldades desaparecem. Contudo, há que referir que estamos perante uma família apoiante e que, o suporte instrumental e afetivo que a cliente vai recebendo funciona como fator protetor.

Por fim, destacam-se como características de personalidade de J.G. a capacidade de resiliência (que, julga-se, ter ficado evidente a partir da sua história académica após a lesão), que tem sido considerada como um determinante facilitador do processo de aceitação após LEA (Klonoff, 2010).

Plano Individual de Reabilitação

Tendo por base a análise do caso, foram delineados os seguintes objetivos principais:

No acompanhamento psicológico: (1) promover autonomia pessoal e autoeficácia; (2) reconstrução de um projeto de vida ativa ajustado à condição funcional.

No TC: estimulação das funções cognitivas e aprendizagem de estratégias de compensação.

Intervenção Neuropsicológica

Com base na formulação do caso, foi delineada uma intervenção que incidisse sobre os aspetos psicossociais e neurocognitivos inerentes à situação da cliente.

Para a gestão do sofrimento psicológico recorreu-se, primordialmente, aos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental (TCC), com enfoque nas TCCs de 3.^a geração, nomeadamente, a terapia focada na compaixão e a terapia da aceitação e compromisso. A TCC tem demonstrado a sua eficácia na intervenção psicoterapêutica em casos de LEA (Oswin & Gracey, 2017).

Como principal foco de intervenção, foi realizado um trabalho ao nível do processo de aceitação da condição de saúde e funcionante. Para tal, foram promovidas estratégias compensatórias, ou seja, um conjunto de ferramentas e técnicas que permitiriam auxiliar a “contornar” as áreas consideradas problemáticas e, deste modo, melhorar o funcionamento, cultivar a independência, assim como autonomizá-la e capacitá-la para a gestão da sua condição e de situações desafiantes para si. Mais concretamente, a cliente foi orientada a utilizar formas alternativas de comunicar eficazmente (sendo que, as dinâmicas de grupo trouxeram esta oportunidade de treino), bem como gerir a ansiedade. Por conseguinte, pretendia-se que, ao melhorar o funcionamento, houvesse um efeito positivo em termos do seu humor e autoconfiança. Paralelamente, era objetivo a interiorização das estratégias aprendidas e sua intencionalização gradual no quotidiano.

Concomitantemente, a intervenção incidiu sobre o sentimento de vergonha. Foi importante distanciá-la, desfocar dela própria e criar equidistância, de modo que J.G. deixasse de avaliar-se de forma tão negativa em relação aos outros. Houve um trabalho baseado na autocompaixão, promovendo o abandono de um registo de comparação e a adoção de uma atitude mais compassiva para consigo própria, na qual o seu valor enquanto pessoa não estivesse dependente da comparação com os outros. Na perspetiva compassiva, inerente a todo o processo terapêutico, foi incentivada uma postura de afeto e bondade para consigo própria, que permitisse acalmá-la e dar-lhe uma sensação de segurança, enquanto se envolvia proactivamente em comportamentos que visavam reduzir o sofrimento.

Inerentes à dificuldade de aceitação estavam as reações catastróficas e, por vezes, o contraste entre a vida antes e depois da lesão, nomeadamente no que respeita às questões da fala. Deste modo, o trabalho efetuado passou por ensinar formas de relacionar-se com os eventos mentais (como os pensamentos e emoções relativos à sua condição e à perceção de si e a ansiedade), promovendo a flexibilidade psicológica, isto é, a capacidade de decidir entre persistir ou, pelo contrário, mudar o comportamento em função daqueles que são os valores pessoais significativos (Whiting et al., 2017). A cliente: (1) foi incentivada a ganhar tolerância sobre o seu desconforto (p. ex., sobre a ansiedade para saber acalmar-se) e a não tentar evitar ou suprimir pensamentos sobre capacidades que mudaram após a lesão; (2) procurou-se diminuir o ênfase do poder dos pensamentos, rotulando-os como tal e não como factos; (3) incentivou-se a descatastrofização e desdramatização dos sintomas e das cognições acerca do seu *self*, não se concentrando no mesmo como objeto de avaliação que é mau ou bom, desafiando as cognições (através do questionamento socrático e da reestruturação cognitiva, depois de ter sido incentivado o registo de cognições) e contrapondo uma imagem positiva de si; (4) foi feita a inversão de papéis; (5) trabalharam-se habilidades para focar-se no momento presente como alternativa à ruminação

e preocupação sem utilidade (as sessões de *mindfulness* contribuíram para este aspeto); e (6) definiram-se e colocaram-se em marcha planos comportamentais concretos e ações, proporcionando o envolvimento gradual com comportamentos que refletem valores pessoais (p. ex., a participação social mais efetiva e gratificante).

Foi implementada a técnica da exposição, através de exercícios de foco interno, concentrados no corpo, recordando e ativando vivências que provocaram ansiedade e vergonha, de modo a fornecer uma hipótese para trabalhar cognições e estratégias de regulação, promovendo a dessensibilização sistemática. Realizou-se, igualmente, a exposição física, com apresentações de exercícios em sessões de grupo, pois é essencial que permaneça na situação, ainda que fique ansiosa, potenciando a familiarização com o elemento ansiógeno. Esta técnica foi combinada com exercícios de relaxamento para ativação parassimpática, acalmando o sistema de ameaça estimulado pela exposição. Teoricamente, indivíduos propensos à vergonha e autocríticos têm um sistema de ameaça dominante (Gilbert, 2009).

Procurou-se ensinar J.G. a observar, a partir das suas experiências concretas, as estratégias de controlo experiencial comumente utilizadas e o seu resultado e, ainda, refletir sobre o impacto das ferramentas trabalhadas nas sessões e descritas até aqui, na redução do sofrimento a um nível tolerável e no atingimento de objetivos. As análises dos vídeos das suas apresentações em público, ajudavam neste ponto, além de permitirem uma autoconsciência sobre a evolução do seu desempenho. Era, igualmente, fornecido *feedback* concreto e regular e reforço positivo.

A inclusão da cliente num grupo terapêutico, proporcionando a partilha de experiências e emoções, muitas vezes intensas, entre os elementos, num ambiente seguro e protegido, pode ser igualmente importante para o processo de aceitação após LEA. Ao obterem um *feedback*, inspiração e perspetiva dos seus pares, é promovido um efeito de apoio sobre os membros, unidos pelo compartilhar de desafios e pela procura do alívio emocional (Klonoff, 2010).

A psicoeducação foi usada como suporte ao longo do processo, essencialmente no trabalho de situações concretas, por estar ao serviço do autoconhecimento e por apoiar a adaptação. Efetivamente, uma base de conhecimento pode otimizar estratégias de *coping* e a capacidade de planear o futuro por parte dos clientes (Klonoff, 2010).

A atividade profissional oferece um somatório de benefícios, incluindo um senso de valor pessoal, contacto com a comunidade e estruturação diária (Tyerman et al., 2017). Por isso, na última etapa da reabilitação, foi efetuado um trabalho relativo à orientação profissional, o qual requer uma postura ativa por parte da pessoa na direção daqueles que são os seus interesses. Tendo em conta o perfil neuropsicológico de J.G., e tal como referido na formulação do caso, acredita-se que ser educadora de infância não seja o mais adequado. Por isso, para inferir acerca do projeto de vida futuro foram reequacionadas algumas hipóteses, sem que tal implicasse a desconstrução e o

despojar de uma ideia que gosta, mas que otimizasse as suas preferências. Assim, em conjunto com a cliente, foram exploradas as suas características pessoais, aptidões, competências existentes ou aquelas que considera necessárias desenvolver, escalões de formação, motivações e interesses. Com esta análise pretendia-se encontrar um local cujas tarefas pudessem adaptar-se ao seu ritmo e capacidade de resposta, com baixa pressão, que não exigisse como ferramenta fundamental de trabalho a linguagem verbal, um trabalho protegido onde julga-se que, atendendo às suas características, irá ter sucesso.

Importa referir que a família foi sendo envolvida ao longo de todo o processo.

Em relação aos aspetos neurocognitivos, foram estimuladas as funções cognitivas, com foco naquelas com défice, da forma mais individualizada possível, tal como especificado anteriormente na secção do relatório destinada à descrição das atividades, nomeadamente, do TC. No entanto, há que referir que, uma vez na presença de um padrão de alterações cognitivas difuso e estabilizado, a intervenção incidiu, primordialmente, no treino de estratégias compensatórias para lidar com as circunstâncias, além de serem trabalhadas as habilidades metacognitivas.

Reavaliação Neuropsicológica

Observação Comportamental

Destaca-se uma postura semelhante ao primeiro momento de avaliação, com uma atitude colaborativa, empenhada e investida nas tarefas. Ficava ansiosa perante a dificuldade.

Avaliação Psicométrica

À semelhança do caso clínico anterior, a reavaliação neuropsicológica foi efetuada com recurso ao protocolo utilizado na primeira avaliação, especificado anteriormente, à exceção do MoCA, em que foi aplicada a versão 2 deste teste, para controlo do efeito de aprendizagem.

Para definição do grau de défice foram considerados valores de 1.5DP, 2DP e $\geq 2.5DP$ abaixo da média, que correspondem a um défice ligeiro, moderado e grave, respetivamente. Valores de desvio-padrão não indicativos de um défice, foram classificados por diferentes níveis: -0.5 até +0.5 (médio), -0.6 até -1 (médio inferior), -1.1 até -1.49 (inferior), +0.6 até +1 (médio superior), +1.1 até +2 (superior) e $>+2$ (muito superior).

Interpretação dos Resultados¹⁰

Comparativamente com a primeira avaliação, mantém-se a presença de um défice grave ao nível do funcionamento cognitivo global, tendo em conta as suas características demográficas.

¹⁰ No Anexo 4 encontra-se uma tabela com os resultados da reavaliação psicométrica da cliente.

Este resultado parece ter sido influenciado pelas pontuações obtidas em tarefas relacionadas com o domínio visuoespacial e executivo, atenção, linguagem e evocação diferida (beneficia, contudo, com pistas de reconhecimento). Porém, destaca-se a melhoria da sua pontuação nesta prova (subiu, aproximadamente, 3 desvios-padrão), ainda que não seja clinicamente significativa. A avaliação mais precisa e detalhada das funções cognitivas continua a sugerir um comprometimento ao nível da atenção visual (seletiva – com a presente avaliação a registar um valor situado no limite para défice moderado; e alternância do foco atencional), o que poderá estar a ser influenciado pelos resultados deficitários ao nível da velocidade de processamento da informação visual, tal como registado na avaliação pré-intervenção. Permanecem limitações nos domínios da memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, mas manifestaram-se apenas em tarefas de nível superior, que apelam a um raciocínio mais complexo, como foi verificado a partir do TMT-B, em comparação com a Memória de dígitos e BADS. O facto de ter existido uma melhoria com significado clínico na prova Memória de dígitos para a avaliação da memória de trabalho, que não se verificou no TMT-B para avaliação do mesmo construto, poderá estar relacionada com a necessidade de manipular conteúdo verbal neste último teste. Destaca-se a evolução positiva e clinicamente significativa no domínio da memória visual imediata (por reconhecimento) e memória auditivo-verbal diferida (por evocação livre). Persistem num nível médio inferior a memória visual diferida (por reconhecimento) e num nível inferior a memória auditivo-verbal imediata (por evocação livre) e a atenção sustentada.

Semelhante à primeira avaliação, permanecem as pontuações baixas nas tarefas do STROOP, apontando-se o défice grave do funcionamento cognitivo global e as dificuldades de linguagem, uma vez que as mesmas foram sendo verificadas no discurso ao longo do programa de reabilitação e pelo relato subjetivo, não possibilitando ilações sobre o controlo inibitório, a partir deste teste. No entanto, o contacto com a cliente não evidenciou dificuldades a este nível.

Não foi identificada sintomatologia ansiosa e depressiva em níveis clinicamente significativos, a partir da escala HADS. Na avaliação subjetiva da QdV, J.G. demonstra-se, no geral, satisfeita, sobretudo nos domínios cognitivo e das AVDs. É, por sua vez, nos domínios emocional e físico que diz estar menos satisfeita. Relativamente ao primeiro momento de avaliação, destaca-se o aumento da sua satisfação a nível geral. Especificamente, a cliente demonstra maior satisfação, comparativamente com a primeira avaliação, em domínios como o cognitivo, *self*, AVDs e social. Manteve os valores relativos ao domínio físico e percebe menor satisfação em termos emocionais. Este resultado poderá ser justificado pelo facto de existir uma maior tomada de consciência relativamente ao impacto das suas dificuldades na funcionalidade, devido a uma participação mais ativa que a levou a confrontar-se com exigências que antes

poderiam não existir e que agora são geradoras de desconforto, dado que não tinha atividades estruturadas fora de casa, encontrando-se num ambiente altamente protegido (casa).

Após a análise e comparação dos resultados obtidos entre os dois momentos de avaliação, verificou-se uma flutuação do seu desempenho. Existem provas em que parece haver uma tendência de melhoria, mas outras nas quais os resultados se invertem, sobretudo naquelas que avaliam a atenção. Estes dados vêm reforçar a ideia de oscilação no desempenho e capacidade de resposta, verificada ao longo do seu percurso.

Reflexão do Caso

A cliente manteve-se motivada e empenhada ao longo do seu percurso, estando, por isso, também mais disponível para a mudança. No entanto, salienta-se que as ausências que foram existindo, como referido anteriormente, levaram a algumas interrupções no seu processo de intervenção, o que dificultava que o mesmo fosse executado de uma forma consistente. Ainda assim, verificaram-se melhorias nas competências comunicacionais, apresentando menor ansiedade associada ao seu desempenho, e foi possível reconstruir um projeto de vida ativa mais ajustado à sua condição atual. Apesar dos progressos ao nível do funcionamento, necessita de recordação e incentivo para o uso de estratégias de compensação. Desta forma, considera-se que a cliente reúne condições para ingressar numa atividade ocupacional, num local protegido, um contexto familiar, onde se sinta segura e com atividades rotineiras, para as quais J.G. sinta que detém capacidade de resposta. Ainda que possam existir dificuldades, se houver persistência e apoio, o desconforto que, por vezes, é sentido, assume níveis toleráveis, que promovem a evolução ao invés do bloqueio. Tendo em conta que no retorno a uma vida mais ativa, J.G. poderá confrontar-se com algumas adversidades e uma vez que percebe, ainda, dificuldades emocionais, pensa-se que seria útil a continuação do acompanhamento psicológico para sua securização.

No acompanhamento com esta cliente, as maiores dificuldades prendiam-se, fundamentalmente, com o seu nível baixo da capacidade de abstração, que dificultava a análise de aspetos relacionados com a intervenção, bem como com o comprometimento ao nível da comunicação, pelo que procurou-se incentivar estratégias, como a verificação por parte da cliente, para garantir que a minha mensagem tinha sido transmitida de forma clara e compreensível. Da minha parte era necessário reformular com maior frequência o que a cliente tinha dito, dado que existiam algumas ideias referidas de forma um pouco confusa, devolvendo, de seguida, para confirmação.

Reflexão Final

O estágio curricular era um momento aguardado com grande curiosidade e expectativa, mas também com muita ansiedade. Era o primeiro contacto com a realidade da prática clínica e além do medo de falhar, eu não sabia quem é que eu seria nesse contexto, não sabia se seria capaz ou se iria corresponder ao que era expectável. Foram várias as inquietações, talvez umas mais razoáveis que outras, que antecederam o início do estágio, mas que eram ultrapassadas pela enorme vontade de começar uma nova etapa do meu percurso formativo.

A oportunidade de realizar o estágio no centro de reabilitação, na área da RN, era algo que me entusiasmava, dado o meu interesse pela Neuropsicologia. E, de facto, esta foi uma experiência enriquecedora, essencial para consolidar noções teóricas adquiridas na parte curricular, incentivar a procura e aquisição de maior conhecimento, bem como promover a apropriação de uma linguagem mais técnica e sintética e o contacto com diferentes abordagens individuais e grupais, além de ter tido a oportunidade de intervir totalmente à distância através de um programa de estimulação neurocognitiva.

O suporte fornecido pelos profissionais e a forma como fui acolhida facilitaram o processo de adaptação.

Esta etapa permitiu-me, de igual forma, vivenciar, sentir, aquilo que a literatura, mesmo que brilhantemente escrita, não consegue exprimir na sua totalidade e essência. Nos momentos iniciais de contacto com um cliente, sobretudo, percebi que não há propriamente, uma técnica, uma fórmula de como estar, senão decidir estar presente, com abertura, curiosidade, flexibilidade, empatia e aceitação, perante o ser individual e único que está à nossa frente, com autenticidade, dando o primeiro passo daquilo que se assume como de extrema importância, independentemente do modelo terapêutico - a relação de confiança. No entanto, ainda que eu sinta ter tido esta capacidade, também percebi que nem sempre os processos elencados anteriormente são automáticos. Isto é, nem sempre é fácil empatizar com alguém cujos valores são tão diferentes dos nossos e nem todas as pessoas despertam a mesma curiosidade em nós. Noutras ocasiões, as pessoas também podem ativar as nossas fragilidades, inseguranças, identificações, sentimentos de proteção, entre outros aspetos. Por isso, considero que, perceber porque e quando estas reações acontecem é importante. Talvez a autocompreensão, a capacidade de observar as nossas contratransferências nos ajude a encarar as situações de uma forma diferente e fez-me refletir que poderá até levar-nos a perceber que, provavelmente, não seremos os terapeutas certos para todo o tipo de clientes ou em todos os momentos da nossa vida.

Ouvi histórias de pessoas que, de um momento para o outro, viram as suas vidas completamente viradas do avesso, viram o caminho que estavam a percorrer ser interrompido, atrapalhado pela lesão, mas que se recusavam a encarar a situação como uma fatalidade, que

acreditavam que ainda havia algo mais a fazer, vindo na reabilitação e nos terapeutas um sinal de esperança para alcançarem uma vida significativa e gratificante. Por tudo isto, sentia a responsabilidade de as ajudar, de as levar a conseguirem alcançar o seu potencial máximo nos diferentes domínios da sua vida. Esta ideia, por vezes, sob a forma de quem quer mudar o mundo, fez-me confrontar com um sentimento de impotência, frustração devido a avanços e recuos na intervenção, angústia, insegurança e dúvidas sobre o meu desempenho. Com o tempo, percebi que tinha de aceitar que cada cliente tem o seu ritmo, não podia acelerar o processo, compreendi que, muitas vezes, o importante é estarmos presentes e perceber quais são as necessidades e dificuldades da pessoa no momento. Percebi que o clínico responde, fazendo uso das competências próprias que auxiliam o cliente a prosseguir a sua luta, na proteção da sua integridade e individualidade, mas não o pode substituir, apenas possui capacidades para ajudar, reforçar ou acompanhar o processo (Cardoso, 2012). Sentia que não podia cometer erros, mas fazer o ideal e agir na perfeição, porque só assim garantiria um serviço de qualidade, contudo talvez todos estes aspetos sejam meramente hipotéticos, porque como li uma vez “nas profissões de ajuda, tal como na vida em geral, a procura da perfeição é, para usar uma frase bíblica, uma armadilha e uma desilusão. Só há formas melhores e piores de tentar ajudar outro ser humano, e mesmo as melhores intervenções têm prós e contras, aspetos positivos e negativos. (...) é uma questão de equilíbrio” (McWilliams, 2004/2006, p. 73, 74). Chegar a esta análise e conclusões, não é um processo fácil, que se faça sozinho. A orientação e supervisão que recebi, talvez pela forma apoiante e compreensiva como foi prestada, deixou-me à vontade para partilhar o que sentia e ajudou-me a significar o que estava a experienciar.

A prática traz também a sensibilidade para adequarmos as ações em função dos momentos e, igualmente, para adotarmos uma atitude de análise e de escuta que transcende o sintoma, o diagnóstico ou um resultado psicométrico, permitindo observar as idiosincrasias de cada cliente e a manifestação única de um sintoma ou doença/lesão e do sofrimento, olhando para cada pessoa como um ser biopsicossocial, sem negligenciar as relações cérebro-comportamento.

Foi uma experiência desafiante, que apelou à mobilização da resiliência e persistência, mas que trouxe na mesma proporção momentos gratificantes, promotores da autoconfiança e satisfação, o que contribuiu também para que os receios sentidos fossem dando espaço à proatividade e desejo de maior autonomia.

Desta forma, considero que, para mim, o estágio curricular foi um período de aprendizagem, crescimento e descoberta, quer em termos profissionais, marcando o início da construção de uma identidade profissional, quer em termos pessoais. Por isso, o balanço desta experiência é, sem qualquer dúvida, positivo.

Referências Bibliográficas

- Alderman, N. (2003). Rehabilitation of behaviour disorders. In B. A. Wilson (Ed.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice* (pp. 171-196). Swets & Zeitlinger Publishers.
- Almeida, I., Guerreiro, S., Martins-Rocha, B., Dores, A. R., Vicente, S. G., Barbosa, F., & Castro-Caldas, A. (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologica*, *58*(2), 61-74.
http://doi.org/10.14195/1647-8606_58-2_4
- American Academy of Clinical Neuropsychology. (2007). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) practice guidelines for neuropsychological assessment and consultation. *The Clinical Neuropsychologist*, *21*(2), 209-231.
<https://doi.org/10.1080/13825580601025932>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Anderson, J., & Lux, W. (2004). Knowing your own strength: Accurate self-assessment as a requirement for personal autonomy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *11*(4), 279-294. <https://doi.org/10.1353/ppp.2005.0003>
- Andrewes, D. (2016). *Neuropsychology: From theory to practice* (2nd ed.). Psychology Press.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. The American Board of Professional Neuropsychology.
- Ashley, M. J., Ninomiya, J., Berryman, A., & Goodwin, K. (2004). Vocational rehabilitation. In M. J. Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed., pp. 509-537). CRC Press.
- Barbosa, F., Peixoto, B., & Silveira, C. (2011). Behavioral assessment of the dysexecutive syndrome (BADS): Dados normativos portugueses e indicadores psicométricos. *Saúde Mental*, *13*(6), 21-27.
https://www.researchgate.net/publication/234217852_Behavioural_Assessment_of_the_Dysexecutive_Syndrome_Dados_normativos_portugueses_e_indicadores_psicomtricos

- Barth, J. T., Pliskin, N., Axelrod, B., Faust, D., Fisher, J., Harley, J. P., Heilbronner, R., Larrabee, G., Puente, A., Ricker, J., & Silver, C. (2003). Introduction to the NAN 2001 definition of a clinical neuropsychologist NAN policy and planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(5), 551-555. <https://doi.org/10.1093/arclin/18.5.551>
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute neuropsychological rehabilitation: A holistic perspective. In A.-L. Christensen, & B. P. Uzzell (Eds.), *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 127-135). Kluwer Academic Plenum Publishers.
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: Outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. Oxford University Press.
- Ben-Yishay, Y., & Gold, J. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In R. L. Wood (Ed.), *Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury* (pp. 194-215). Taylor & Francis.
- Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E., Ross, B., Silver, S., Zide, E., & Ezrachi, O. (1985). Neuropsychologic rehabilitation: Quest for a holistic approach. *Seminars in Neurology*, 5(3), 252–259. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1041522>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brain Injury Association of America. (2023). *Brain injury overview*. <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>
- Brett, C. E., Sykes, C., & Pires-Yfantouda, R. (2017). Interventions to increase engagement with rehabilitation in adults with acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(6), 959-982. <http://doi.org/10.1080/09602011.2015.1090459>
- Brickenkamp, R. (2007). *d2, Teste de Atenção* (C. Ferreira, & A. M. Rocha, Trad.; 1.^a ed.). CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 2002).

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, R. T., Daly, B. P., & Leong, F. T. L. (2009). Mentoring in research: A developmental approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 306-313.
<https://doi.org/10.1037/a0011996>
- Cândeia, D.-M., & Szentagotai-Tatar, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 78-106.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005>
- Cardoso, R. M. (Ed.). (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189-198.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K. K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J., & Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519-530.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Cicerone, K. D., Levin, H., Malec, J., Stuss, D., & Whyte, J. (2006). Cognitive rehabilitation interventions for executive function: Moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(7), 1212-1222.
<https://doi.org/10.1162/jocn.2006.18.7.1212>
- Clare, L. (2003). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(1), 75-83.
<https://doi.org/10.1017/S0959259803013171>

- Cronan-Hillix, T., Gensheimer, L. K., Cronan-Hillix, W. A., & Davidson, W. S. (1986). Students' views of mentors in psychology graduate training. *Teaching of Psychology*, 13(3), 123-127. https://doi.org/10.1207/s15328023top1303_5
- Daniels-Zide, E., & Ben-Yishay, Y. (2000). Therapeutic milieu day program. In A.-L. Christensen, & B. P. Uzzell (Eds.), *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 183-193). Kluwer Academic Plenum Publishers.
- De Stefano, J., D'lusio, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., & Chamodraka, M. (2007). Trainees' experiences of impasses in counselling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 42-47. <https://doi.org/10.1080/14733140601140378>
- Eapen, B. C., Allred, D. B., O'Rourke, J., & Cifu, D. X. (2015). Rehabilitation of moderate-to-severe traumatic brain injury. *Seminars in Neurology*, 35(1), e1-e13. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549094>
- European Federation of Psychologists' Associations. (2018, outubro 11). *European definition of clinical neuropsychology*. <https://web.archive.org/web/20220124083627/http://clinneuropsy.efpa.eu/>
- Evans, J. J. (2003). Rehabilitation of executive deficits. In B. A. Wilson (Ed.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice* (pp. 53-70). Swets & Zeitlinger Publishers.
- Fish, J., & Brentnall, S. (2017). Memory. In R. Winson, B. A. Wilson, & A. Bateman (Eds.), *The brain injury rehabilitation workbook* (pp. 68-105). Guilford Press.
- Fleming, J. M., & Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(4), 474-500. <http://doi.org/10.1080/09602010500505518>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. <http://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Gaspar, V. (2018). *Aqui e agora: Mindfulness* (3ª ed.). Matéria-Prima Edições.

- Geraldo, A., Dores, A. R., Carvalho, I. P., Guerreiro, S., Castro-Caldas, A., & Barbosa, F. (2022). At-distance neurocognitive rehabilitation during COVID-19 pandemic: A first glance of patients' perspectives about the process and an online platform. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/23279095.2022.2100993>
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable & Robinson.
- Giustini, A., Pistarini, C., & Pisoni, C. (2013). Traumatic and nontraumatic brain injury. In M. P. Barnes, & D. C. Good (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 401-409). Elsevier.
- Golden, C. J., & Freshwater, S. (2013). *STROOP – Teste de Cores e Palavras* (S. Fernandes, Trad.; 1.^a ed.) CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 1994).
- Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A., & Castro-Caldas, A. (2009). Avaliação de 5 anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. *Re(habilitar)*, 8/9, 19-36. <https://ciencia.ucp.pt/pt/publications/avalia%C3%A7%C3%A3o-de-5-anos-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-neuropsicol%C3%B3gica-no-centro-de>
- Hebben, N., & Milberg, W. (2002). *Essentials of neuropsychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Hillis, A. E., Wityk, R. J., Tuffiash, E., Beauchamp, N. J., Jacobs, M. A., Barker, P. B., & Selnes, O. A. (2001). Hypoperfusion of Wernicke's area predicts severity of semantic deficit in acute stroke. *Annals of Neurology*, 50(5), 561-566. <https://doi.org/10.1002/ana.1265>
- Holloway, M. (2012). Motivational interviewing and acquired brain injury. *Social Care and Neurodisability*, 3(3), 122-130. <https://doi.org/10.1108/20420911211268740>
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Kasten, E., Barbosa, F., Kosmidis, M. H., Persson, B. A., Constantinou, M., Baker, G. A., Lettner, S., Hokkanen, L., Ponchel, A., Mondini, S., Jonsdottir, M. K., Varako, N., Nikolai, T., Pranckeviciene, A., Harper, L., & Hessen, E. (2021). European clinical neuropsychology: Role in healthcare and access to neuropsychological services. *Healthcare*, 9(6), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060734>

- Khan, F., Baguley, I. J., & Cameron, I. D. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 290-295. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05199.x>
- Klonoff, P. S. (2010). *Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques*. Guilford Press.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology* (7nd ed.). Worth Publishers.
- Kreisler, A., Godefroy, O., Delmaire, C., Debachy, B., Leclercq, M., Pruvo, J.-P., & Leys, D. (2000). The anatomy of aphasia revisited. *Neurology*, 54(5), 1117-1123. <https://doi.org/10.1212/WNL.54.5.1117>
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Walker, W., Sander, A., Sherer, M., Bogner, J., Fraser, R., & Bushnik, T. (2003). Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(2), 128-138. <https://doi.org/10.1097/00001199-200303000-00004>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5nd ed.). Oxford University Press.
- Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P., & Kuptniratsaikul, V. (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(10), 1595-1602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18972905/>
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 299-312. <https://doi.org/10.1002/cpp.659>
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica. Guia para terapeutas* (F. Andersen, Trad.; 1.^a ed.) CLIMEPSI EDITORES. (Trabalho original publicado em 2004).
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Blackwell Publishing; British Psychological Society.
- Moniz-Cook, E., & Manthorpe, J. (Eds.). (2009). *Early psychosocial interventions in dementia: Evidence-based practice*. Jessica Kingsley Publishers.

- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer, & R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). Guilford Press.
- NeuronUP. (2022). *What is NeuronUP?* <https://neuronup.us/what-is-neuronup-professional-tool-for-rehabilitation-and-cognitive-stimulation>
- Noreña, D., & Lago, M. R. (2007). El papel del neuropsicólogo. *Acción Psicológica*, 4(3), 9-15. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030759002.pdf>
- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101-112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – versão consolidada*. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Owensworth, T., & Gracey, F. (2017). Cognitive behavioural therapy for people with brain injury. In B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Owensworth (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook* (pp. 313-326). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas.
- Ponsford, J. L., & Dymowski, A. R. (2017). Adults with non-progressive brain injury: Traumatic brain injury. In B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Owensworth (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook* (pp. 61-64). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Portaria n.º 564/99, Diário da República, 1.ª série – 173 – 27 de julho de 1999. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/564-1999-352948>
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.

- Race, D. C., & Hillis, A. E. (2015). The neural mechanisms underlying naming. In A. E. Hillis (Ed.), *The handbook of adult language disorders* (2nd ed.) (pp. 151-160). Psychology Press.
- Reeve, D. (2004). Psycho-emotional dimensions of disability and the social model. In C. Barnes, & G. Mercer (Eds.), *Implementing the social model of disability: Theory and research* (pp. 83-100). Leeds: The Disability Press.
- Regulamento n.º 107-A/2016, Diário da República, 2.ª série – n.º 20 – 29 de janeiro de 2016.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/107-a-2016-73357891>
- Robertson, I. H., & Murre, J. M. J. (1999). Rehabilitation of brain damage: Brain plasticity and principles of guided recovery. *Psychological Bulletin*, 125(5), 544-575.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.544>
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*, 5, 1-8.
http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., & Lannin, N. A. (2012). Video feedback on functional task performance improves self-awareness after traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27(4), 316-324.
<https://doi.org/316-324.10.1177/1545968312469838>
- Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia. (2022). *Neuropsicologia*.
<https://spnpsy.org/neuropsicologia/>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford Press.
- Teixeira, J. A. C. (2008). Ética e qualidade na formação contínua de psicólogos. *Análise Psicológica*, 26(1), 161-164. <https://doi.org/10.14417/ap.485>
- Truelle, J.-L., Fayol, P., Montreuil, M., & Chevignard, M. (2010). Community integration after severe traumatic brain injury in adults. *Current opinion in Neurology*, 23(6), 688-694.
<https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3283404258>

- Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, T. A., Cantor, J. B., Spielman, L., & Gordon, W. A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 299-305. <https://doi.org/10.1037/a0016807>
- Turner-Stokes, L., Pick, A., Nair, A., Disler, P. B., & Wade, D. T. (2015). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004170.pub3>
- Tyerman, A., Meehan, M., & Tyerman, R. (2017). Vocational and occupational rehabilitation for people with brain injury. In B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook* (pp. 378-388). Routledge/Taylor & Francis Group.
- von Steinbuechel, N., Petersen, C., Bullinger, M., & the QOLIBRI Group. (2005). Assessment of health-related quality of life in persons after traumatic brain injury – Development of the Qolibri, a specific measure. *Acta Neurochirurgica Supplementum*, 93, 43-49. https://doi.org/10.1007/3-211-27577-0_6
- Wechsler, D. (2008). *WMS–III, Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição; Manual de administração e cotação* (H. Barreto, A. R. Moreira, M. Machado, A. M. Rocha, & S. L. Castro, Trad.; 3.ª ed.). CEGOC-TEA. (Trabalho original publicado em 1997).
- Weiss, M. D., & Weiss, J. R. (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 27-37. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/13791_guide-treatment-adults-adhd.pdf
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., & Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676-686. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>
- Whiting, D. L., Deane, F. P., Simpson, G. K., McLeod, H. J., & Ciarrochi, J. (2017). Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(2), 263-299. <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1062115>

- 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. (Ed.). (2003). *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice*. Swets & Zeitlinger Publishers.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 141-162. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Wilson, B. A. (2009). Evidence for the effectiveness of neuropsychological rehabilitation. In B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome* (pp. 22-36). Cambridge University Press.
- Wilson, B. A. (2014). Neuropsychological rehabilitation for younger people: Small group and single case studies exemplifying the assessment and treatment of cognitive, emotional and behavioral problems. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 5(1), 137-146. <https://doi.org/10.34628/1vsn-2769>
- Wilson, B. A., & Betteridge, S. (2019). *Essentials of neuropsychological rehabilitation*. Guilford Press.
- Wilson, B. A., Evans, J. J., Brentnall, S., Bremner, S., Keohane, C., & Williams, W. H. (2000). The Oliver Zangwill Centre for neuropsychological rehabilitation: A partnership between health care and rehabilitation research. In A. Christensen, & B. Uzzel (Eds.), *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 231-246). Kluwer Academic Publishers.
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press.
- Wilson, B. A., Winegardner, J., van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (Eds.). (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Winegardner, J. (2017). Executive functions. In R. Winson, B. A. Wilson, & A. Bateman (Eds.), *The brain injury rehabilitation workbook* (pp. 106-138). Guilford Press.

- Yeates, G. (2009). Working with families in neuropsychological rehabilitation. In B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome* (pp. 138-156). Cambridge University Press.
- Zaninotto, A. L., Vicentini, J. E., Fregni, F., Rodrigues, P. A., Botelho, C., Lucia, M. C. S., & Paiva, W. S. (2016). Updates and current perspectives of psychiatric assessments after traumatic brain injury: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00095>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zillmer, E. A., Spiers, M. V., & Culbertson, W. C. (2008). *Principles of neuropsychology* (2nd ed.). Thomson Wadsworth.

ANEXOS

Anexo 1 – Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré-Intervenção de G.S.

Tabela 1

Resultados da 1.^a Avaliação (Data: dd-mm-aaaa)

Testes Aplicados	Resultado Bruto	Resultado Padronizado	Avaliação Qualitativa
Avaliação Geral do Estado Mental			
MoCA			
Tarefa			
Visuoespacial/executiva	4/5	-	*
Nomeação	3/3	-	*
Atenção	3/6	-	*
Linguagem	1/3	-	*
Abstração	1/2	-	*
Evocação diferida	1/5	-	*
Orientação	6/6	-	*
Total	19/30	z = -4.51	Défice grave
Atenção			
D2			
TC: Velocidade	174	z = -3.19	Défice grave
TA: Eficácia	46	z = -2.89	Défice grave
TC-E: Desempenho global	106	z = -3.85	Défice grave
IC: Concentração	18	z = -3.81	Défice grave
IV: Estabilidade	10	z = -0.99	*
% Erros	27.9	z = 3.13	*
TMT			
TMT – A (Velocidade de processamento)	58.80”	z = -2.22	Défice moderado
TMT – B (Memória de trabalho e flexibilidade cognitiva)	168.45”	z = -2.56	Défice grave
Memória			
WMS III			
Faces I – Reconhecimento imediato	25	z = -2	Défice moderado
Pares de palavras I – Evocação imediata	7	z = -1	Médio Inferior
Faces II – Reconhecimento diferido	27	z = -2	Défice moderado
Pares de palavras II – Evocação diferida	1	z = -1.33	Inferior

Memória de dígitos –	9	$z = -1.33$	Inferior
Memória de trabalho			

Funções executivas

BADS

Alteração de regras	8 erros	Resultado de perfil: 1/4	*
---------------------	---------	--------------------------	---

STROOP

Palavra	60	$z = -1.11$	Inferior
Cor	47	$z = -0.99$	Médio Inferior
Cor-Palavra	30	$z = -0.80$	Médio Inferior
Interferência	4	$z = 0.13$	Médio

Estabilidade emocional

HADS

Ansiedade	10	-	Sintomatologia leve
Depressão	1	-	Sem significado clínico

Qualidade de vida

QOLIBRI

Cognitivo	54	-	*
Self	68	-	*
AVD	61	-	*
Social	50	-	*
Emocional	40	-	*
Físico	65	-	*
Total	57	-	*

Nota. * = Interpretação subjetiva.

Anexo 2 – Tabela de Resultados: Avaliações Psicométricas Pré e Pós-Intervenção de G.S.

Tabela 2

Resultados das Avaliações Pré e Pós PHRN

Testes Aplicados	1ª Avaliação	2ª Avaliação		Avaliação Qualitativa
	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	
	Resultado Bruto	Resultado Bruto	Resultado Padronizado	
Avaliação Geral do Estado Mental				
MoCA				
Tarefa				
Visuoespacial/executiva	4/5	3/5	-	*
Nomeação	3/3	3/3	-	*
Atenção	3/6	5/6	-	*
Linguagem	1/3	0/3	-	*
Abstração	1/2	2/2	-	*
Evocação diferida	1/5	1/5	-	*
Orientação	6/6	6/6	-	*
Total	19/30	20/30	$z = -3.97$	Défice grave
Atenção				
D2				
TC: Velocidade	174	307	$z = -1.48$	Inferior +
TA: Eficácia	46	92	$z = -1.66$	Défice ligeiro +
TC-E: Desempenho global	106	266	$z = -1.71$	Défice ligeiro +
IC: Concentração	18	51	$z = -2.87$	Défice grave
IV: Estabilidade	10	19	$z = 0.64$	*
% Erros	27.9	13.36	$z = 0.99$	*
TMT				
TMT – A (Velocidade de processamento)	58.80"	53.40"	$z = -1.94$	Défice ligeiro +
TMT – B (Memória de trabalho e flexibilidade cognitiva)	168.45"	174.37"	$z = -2.64$	Défice grave
Memória				
WMS III				
Faces I –				
Reconhecimento imediato	25	33	$z = -1$	Médio inferior +
Pares de palavras I – Evocação imediata	7	10	$z = -0.67$	Médio inferior

Faces II –					
Reconhecimento diferido	27	33	$z = -1$	Médio inferior	+
Pares de palavras II – Evocação diferida	1	3	$z = -0.67$	Médio inferior	+
Memória de dígitos – Memória de trabalho	9	11	$z = -1$	Médio inferior	ns
Funções executivas					
BADS					
Alteração de regras	8 erros	2 erros	Resultado de perfil: 3/4	*	+
STROOP					
Palavra	60	62	$z = -1.04$	Inferior	
Cor	47	46	$z = -1.03$	Inferior	ns
Cor-Palavra	30	25	$z = -1.12$	Inferior	ns
Interferência	4	-1	$z = -0.26$	Na média	
Estabilidade emocional					
HADS					
Ansiedade	10	11	-	Sintomatologia moderada	
Depressão	1	2	-	Sem significado clínico	
Qualidade de vida					
QOLIBRI					
Cognitivo	54	43	-	*	
Self	68	75	-	*	
AVD	61	64	-	*	
Social	50	50	-	*	
Emocional	40	55	-	*	
Físico	65	45	-	*	
Total	57	56	-	*	

Nota. * = Interpretação subjetiva; + = Melhorou os resultados; - = Piorou os resultados; ns = Alteração não significativa em relação à 1.^a avaliação.

Anexo 3 – Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré-Intervenção de J.G.
Tabela 3
Resultados da 1.ª Avaliação (Data: dd-mm-aaaa)

Testes Aplicados	Resultado Bruto	Resultado Padronizado	Avaliação Qualitativa
Avaliação Geral do Estado Mental			
MoCA			
Tarefa			
Visuoespacial/executiva	4/5	-	*
Nomeação	3/3	-	*
Atenção	4/6	-	*
Linguagem	0/3	-	*
Abstração	1/2	-	*
Evocação diferida	2/5	-	*
Orientação	5/6	-	*
Total	19/30	$z = -7.10$	Défice grave
Atenção			
D2			
TC: Velocidade	269	$z = -1.97$	Défice ligeiro
TA: Eficácia	116	$z = -1.02$	Inferior
TC-E: Desempenho global	268	$z = -1.69$	Défice ligeiro
IC: Concentração	115	$z = -1.06$	Inferior
IV: Estabilidade	12	$z = -0.63$	*
% Erros	0.4	$z = -0.93$	*
TMT			
TMT – A (Velocidade de processamento)	163,42''	$z = -4.64$	Défice grave
TMT – B (Memória de trabalho e flexibilidade cognitiva)	328''	$z = -4.26$	Défice grave
Memória			
WMS III			
Faces I – Reconhecimento imediato	32	$z = -1$	Médio inferior
Pares de palavras I – Evocação imediata	5	$z = -1.33$	Inferior
Faces II – Reconhecimento diferido	34	$z = -1$	Médio inferior
Pares de palavras II – Evocação diferida	2	$z = -1$	Médio inferior

Memória de dígitos – Memória de trabalho	7	$z = -2$	Défice moderado
---	---	----------	-----------------

Funções executivas

BADS

Alteração de regras	0 erros	Resultado de perfil: 4/4	*
---------------------	---------	--------------------------	---

STROOP

Palavra	59	$z = -1.14$	Inferior
Cor	46	$z = -1.03$	Inferior
Cor-Palavra	12	$z = -1.97$	Défice ligeiro
Interferência	-14	$z = -1.29$	Inferior

Estabilidade emocional

HADS

Ansiedade	8	-	Sintomatologia leve
Depressão	6	-	Sem significado clínico

Qualidade de vida

QOLIBRI

Cognitivo	57	-	*
Self	43	-	*
AVD	43	-	*
Social	54	-	*
Emocional	65	-	*
Físico	30	-	*
Total	49	-	*

Nota. * = Interpretação subjetiva.

Anexo 4 – Tabela de Resultados: Avaliação Psicométrica Pré e Pós-Intervenção de J.G.
Tabela 4
Resultados das Avaliações Pré e Pós PHRN

Testes Aplicados	1ª Avaliação (dd/mm/aaaa)		2ª Avaliação (dd/mm/aaaa)		Avaliação Qualitativa
	Resultado Bruto	Resultado Bruto	Resultado Padronizado		
Avaliação Geral do Estado Mental					
MoCA					
Tarefa					
Visuoespacial/executiva	4/5	4/5	-		*
Nomeação	3/3	3/3	-		*
Atenção	4/6	4/6	-		*
Linguagem	0/3	1/3	-		*
Abstração	1/2	2/2	-		*
Evocação diferida	2/5	3/5	-		*
Orientação	5/6	6/6	-		*
Total	19/30	23/30	$z = -4.22$		Défice grave
Atenção					
D2					
TC: Velocidade	269	250	$z = -2.21$		Défice moderado
TA: Eficácia	116	105	$z = -1.31$		Inferior
TC-E: Desempenho global	268	245	$z = -1.99$		Défice ligeiro
IC: Concentração	115	104	$z = -1.37$		Inferior
IV: Estabilidade	12	10	$z = -0.99$		*
% Erros	0.4	2	$z = -0.69$		*
TMT					
TMT – A (Velocidade de processamento)	163,42”	84,32”	$z = -2.8$		Défice grave
TMT – B (Memória de trabalho e flexibilidade cognitiva)	328”	192,29”	$z = -2.85$		Défice grave
Memória					
WMS III					
Faces I – Reconhecimento imediato	32	40	$z = 0.67$		Médio superior
Pares de palavras I – Evocação imediata	5	5	$z = -1.33$		Inferior

Faces II	–					
Reconhecimento diferido	34	36	$z = -0.67$	Médio inferior		
Pares de palavras II	–					
Evocação diferida	2	5	$z = 0$	Médio		+
Memória de dígitos	–					
Memória de trabalho	7	10	$z = -1.33$	Inferior		+
Funções executivas						
BADS						
Alteração de regras	0 erros	1 erro	Resultado de perfil: 3/4	*		
STROOP						
Palavra	59	53	$z = -1.36$	Inferior		
Cor	46	37	$z = -1.45$	Inferior		
Cor-Palavra	12	23	$z = -1.25$	Inferior		+
Interferência	-14	1.2	$z = -0.09$	Médio		+
Estabilidade emocional						
HADS						
Ansiedade	8	5	-	Sem significado clínico		
Depressão	6	6	-	Sem significado clínico		
Qualidade de vida						
QOLIBRI						
Cognitivo	57	82	-	*		
Self	43	54	-	*		
AVD	43	79	-	*		
Social	54	67	-	*		
Emocional	65	30	-	*		
Físico	30	30	-	*		
Total	49	59	-	*		

Nota. * = Interpretação subjetiva; + = Melhorou os resultados; - = Piorou os resultados; ns = Alteração não significativa em relação à 1.^a avaliação.