



Relatório de Estágio

Marcela Filipa Barbosa Leite

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

Gandra, janeiro de 2017



Marcela Filipa Barbosa Leite

Código de Aluno 19940

Relatório de Estágio

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

Orientação: Prof. Dra. Sandra Guerreiro

Supervisão: Prof. Dra. Manuela Leite

Gandra, janeiro de 2017

Agradecimentos

Aos meus **pais**, por todo o esforço que fizeram ao longo dos anos para me possibilitarem a concretização os meus sonhos, por todo o apoio mesmo quando tudo parecia não correr dentro do esperado, pelo amor incondicional que me deram ao longo da vida, por acreditarem sempre em mim. Palavras nunca serão suficientes para agradecer tudo o que fizeram e fazem por mim, o que sou hoje devo-vos a vocês.

À minha **família**, avós, tios e afilhado, por acreditarem sempre em mim e me impulsionarem a seguir o meu sonho.

À **Professora Doutora Manuela Leite**, pelo acompanhamento constante nesta fase do percurso, pela partilha de experiências e conhecimento que permitiram a minha melhoria a nível profissional.

À **Professora Doutora Sandra Guerreiro**, por todo o conhecimento transmitido, pela confiança que depositou ao longo do percurso e por me ter permitido desfrutar desta experiência profissional ao máximo.

Ao **Professor Doutor José Maranhão**, por todos os conselhos, toda a sabedoria transmitida, pela constante ajuda que me tornaram melhor a nível pessoal e profissional e por se ter tornado num exemplo a seguir no meu futuro profissional.

A todos os **professores**, pela formação de excelência que obtive ao longo dos 5 anos, por todas as experiências partilhadas e por toda a contribuição.

À **Tânia**, por estar sempre presente (de uma maneira ou de outra) nos bons e nos maus momentos, por me apoiar sempre, pelos sermões, pela amizade, por ser a melhor amiga que pode existir, por ser uma constante na minha vida, um dos meus maiores pilares, por tudo.

Ao **Carlos**, por toda a paciência e compreensão, pela força, pela confiança, por nunca me deixar desistir, por me aturar, por todo o carinho, pela pessoa que é, pelo amor, por me fazer tão feliz, por tudo.

À **Rita**, pela amizade, por mesmo com pouco tempo livre, ter sempre tempo e espaço para mim na vida dela, pelo apoio e por todos os momentos vividos.

Ao meu grupo de **amigos**, pela alegria e entusiasmo, por me acompanharem, por mesmo quando são as pessoas mais chatas e impossíveis de aturar partilharem este sentimento de amizade comigo, durante todos estes anos.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

Siglas

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

GAS - Goal Attainment Scale

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

WMS III – Wechsler Memory Scale III

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I	3
Caracterização da Instituição Acolhedora	3
Local de Estágio	3
Modelo Holístico	4
Reabilitação Neuropsicológica	6
Papel do Psicólogo na Reabilitação Neuropsicológica	7
Atividades Desenvolvidas no Programa	9
Orientação	9
Relações Interpessoais	10
Treino Cognitivo	10
Sessão de Psicologia	11
Vida Diária e Autonomia	11
Grupo 7	12
Atividade de Orientação e Supervisão	14
CAPÍTULO II	15
Caso Clínico D	15
Descrição Pessoal	15
Descrição Clínica	16
Classificação da Funcionalidade	17
Avaliação Neuropsicológica	18
Reflexão da Avaliação Neuropsicológica	21
Intervenção	21
Objetivos da Intervenção	21
Treino Cognitivo (RehaCom®)	25
Treino Cognitivo de Mesa	26
Reflexão Caso D	26
Caso Clínico E	29
Descrição Pessoal	29
Descrição Clínica	30
Classificação da Funcionalidade	30
Avaliação Neuropsicológica	31
Reflexão da Avaliação Neuropsicológica	35
Intervenção	35
Objetivos da Intervenção	35
Treino Cognitivo (RehaCom®)	39
Treino Cognitivo de Mesa	39
Reflexão Caso E	40
Reflexão Final	41

Índice de Anexos

Anexo A – Exercícios criados para o treino cognitivo

- A1.** Exercícios de memória com números e letras
- A2.** Exercícios de memória com imagens
- A3.** Exercícios de raciocínio lógico e cálculo
- A4.** Exercícios de cálculo
- A5.** Exercícios de memória com letras
- A6.** Exercícios de atenção

Anexo B – Texto Sessão Final de D

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Horário semanal da estagiária.....	12
Tabela 2 – Caracterização do grupo 7	13
Tabela 3 – Classificação da funcionalidade de D	17
Tabela 4 – Resultados da avaliação neuropsicológica inicial, intermédia e final de D.....	18
Tabela 5 – Objetivos para a reabilitação de D	23
Tabela 6 – Classificação de funcionalidade de E	31
Tabela 7 – Resultados da avaliação neuropsicológica inicial e final de E	32
Tabela 8 – Objetivos de reabilitação de E	36

Índice de Figuras

Figura 1 – Reprodução da Figura Complexa de Rey – dezembro de 2015	19
Figura 2 – Reprodução da Figura Complexa de Rey – março de 2016	19
Figura 3 – Memória da Figura Complexa de Rey – dezembro de 2015	20
Figura 4 – Memória da Figura Complexa de Rey – março de 2016	20
Figura 5 - Reprodução da Figura Complexa de Rey – março de 2015	33
Figura 6 – Reprodução da Figura Complexa de Rey – março de 2016	33
Figura 7 – Memória da Figura Complexa de Rey – março de 2015	34
Figura 8 – Memória da Figura Complexa de Rey – março de 2016	34

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Resultados do Treino Cognitivo de D no RehaCom® 25

Gráfico 2 – Resultados do Treino Cognitivo de E no RehaCom® 39

Introdução

O presente relatório de estágio que tem como objetivo refletir o percurso enquanto estagiária de Psicologia, do segundo ano do Mestrado Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, decorrendo durante o primeiro semestre do ano letivo 2015/2016 no Instituto Superior Universitário de Ciências da Saúde.

O percurso de estágio curricular, sob a orientação da Prof. Dra. Sandra Guerreiro, Neuropsicóloga, sendo a supervisão a cargo da Prof. Dra. Manuela Leite, docente no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O estágio teve início a 5 de outubro de 2015, com a duração de 6 meses, 3 ou 4 dias por semana com o horário das 9h às 17h, a permanência neste estágio coincidiu com a estadia do grupo acompanhado, terminando a 30 de março de 2016.

O presente relatório pretende apresentar o trabalho efetuado durante esse período de tempo, tendo sido dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma componente mais teórica e explicativa do local de estágio e do seu modelo de funcionamento e as atividades desenvolvidas ao longo do programa. O segundo capítulo apresenta para a componente mais prática demonstrada através da apresentação de 2 casos acompanhados. No término deste relatório encontra-se a reflexão final acerca desta experiência.

CAPÍTULO I

Caracterização da Instituição Acolhedora

Local de Estágio

O Centro é uma associação de direito público em funções desde 1992 integrando a rede de Centros de Gestão Participada do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP).

Os objetivos iniciais do Centro passavam pelo trabalho com pessoas com deficiência na sua formação e reabilitação de modo a estabelecer a sua inclusão ou reinserção no mercado de trabalho, prestação de serviços de consultoria a empresas, seguradoras e hospitais e ainda a prescrição e provimento de produtos de apoio. A partir de 2004 iniciou um projeto de reorientação estratégica sendo que em 2007 é apresentado o novo projeto de organização, unificando uma mudança de identidade corporativa, mais focado na reabilitação e pessoas com deficiência e incapacidades originárias de doenças e acidentes, com visão numa sociedade digna, aberta e inclusiva na sua missão de aumentar a autonomia social e económica dos seus clientes. Sendo ainda um parceiro distinto para empresas, seguradoras, hospitais, outros serviços de saúde, serviços públicos de emprego e outras. Em 2003, 2006, 2009 e 2012 foram reconhecidas as capacidades do Centro recebendo a Certificação de Excelência dos Serviços Sociais (EQUASS – Nível II).

O Centro é constituído por diversos órgãos sociais, sendo eles a Unidade de Qualificação, Unidade de Reabilitação Profissional, Unidade de Empreendedorismo Social e Unidade de Serviços de Suporte.

Por ano, são recebidos em média cerca de 2 mil clientes, maioritariamente oriundos das zonas de Norte e Centro de Portugal.

Modelo Holístico

A metodologia utilizada no programa do passa por uma adaptação do modelo holístico utilizado no NYU Medical Center Rusk Institute of Rehabilitation Medicine.

Na ocorrência de uma lesão cerebral adquirida é necessária uma reabilitação abrangente, multidisciplinar e neuropsicologicamente orientada devido à interação entre os fatores cognitivos, comportamentais, psicológicos e físicos (Sarajuuri & Koskinen, 2006). Assim sendo, a abordagem holística compreende que a forma como nos sentimos afeta o nosso comportamento, por isso mesmo não separa as consequências cognitivas, emocionais e sociais da lesão cerebral (Wilson, Gracey, Evans, & Bateman, 2009) sendo esta abordagem considerada de grande importância a nível mundial para a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos seus cuidadores (Nehra, Bajpgi, Sinha & Khandelwal, 2014).

Existem seis componentes de grande relevância na reabilitação, primeiro o foco nas atividades funcionais e significativas, depois a importância do papel da família direcionado ao apoio e educação, a estruturação de uma comunidade terapêutica para que existam trocas de experiências e para a descoberta de novas estratégias, o acompanhamento psicológico de modo a que o paciente encontre a sua identidade e se ajuste às dificuldades atuais, contando também com uma abordagem compensatória das capacidades cognitivas focando nas principais capacidades e necessidades do paciente e por fim, a pertinência do entendimento entre os vários profissionais de modo a que as diferentes áreas e diferentes intervenções conduzam complementarmente o paciente a evoluir (Bateman, 2014).

O grupo de pares deve ser constituído por elementos com idades compreendidas entre os 19 e 60 anos, escolaridade variada, diferentes experiências de vida pessoal e profissional. A integração dos diferentes elementos num grupo de pares tem por objetivo proporcionar a possibilidade de dar e receber apoio do restante grupo nas diferentes dificuldades, adquirir a capacidade crítica tanto em relação aos outros como a si mesmos e também servir de modelo, inspiração e motivação uns aos outros.

Anteriormente à integração no grupo, de modo a iniciar a reabilitação neuropsicológica é necessário entender quais as dificuldades resultantes da lesão cerebral e as suas causas. Além disso é essencial entender quais dos problemas podem ser atenuados através das intervenções, assim como as dificuldades consequentes da lesão sem hipótese de melhoria,

de modo a serem definidas as intervenções e técnicas existentes adequadas para a reabilitação do indivíduo.

Para ser concretizada uma avaliação compreensiva, devem ser efetuados diversos testes em diferentes situações, sendo então importante a realização de entrevistas estruturadas e não estruturadas aos pacientes e familiares próximos para perceber as alterações ao nível da personalidade e funcionalidade, observar a pessoa lesada em ambientes familiares e não-familiares e executar situações formais de teste de modo a avaliar a integridade das funções neuropsicológica básicas, o funcionamento cognitivo, a capacidade interpessoal do indivíduo e a habilidade de aprender e reter nova informação. Além disso é essencial avaliar a capacidade do indivíduo em beneficiar das intervenções destinadas a compensar os défices (Ben-Yishay & Diller, 2011).

O grupo clínico tem como funções avaliar, supervisionar, dar apoio aos pacientes durante os exercícios, conduzir as atividades de grupo e ainda fornecer apoio psicológico aos pacientes e seus familiares. Para tudo decorrer de forma complementar, o grupo constituído por diferentes profissionais de saúde, delibera e formula as estratégias clínicas gerais e específicas para o grupo e individualmente para cada paciente de modo a existir um plano de tratamento acordado por todos.

Os familiares têm um papel ativo através do fornecimento de *feedback* da situação em casa, da aplicação das diferentes estratégias no dia-a-dia e da evolução do paciente e ainda na representação de modelos de indivíduos a quem os pacientes podem recorrer.

O programa apresenta uma natureza estruturada de modo a criar a sensação de familiaridade que por sua vez acaba por produzir a sensação de segurança. A sensação de segurança motiva o paciente na sua participação e ajuda-o a perceber a necessidade da reabilitação.

A existência de intervenções diárias multi-dimensionais que se complementam e reforçam mutuamente tem como resultado uma transformação gradual no paciente desde o estado inicial de disfunção e desespero até ao estado de compensação e de funcionamento competente, ajustado ao nível interpessoal e num estado de autoaceitação (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Para a obtenção de resultados compensatórios a intervenção deve focar-se em simultâneo de uma forma coordenada e complementar na compensação dos défices neuropsicológicos básicos, no apoio às dificuldades no processamento de informação problemas de memória,

capacidade de raciocínio alterada, dificuldades nas reações emocionais e na minimização das falhas de *coping*.

A aprendizagem e domínio das estratégias compensatórias ensinadas no decorrer do programa para futura aplicação no dia-a-dia, permitirão ao paciente ganhar confiança para conseguir enfrentar desafios complexos que antes da lesão eram de fácil abordagem. Além disso, com a melhoria da capacidade de *coping*, ao perceber que pode aprender coisas novas, o paciente começa a reconhecer as limitações causadas pela lesão cerebral através da coragem renovada (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Durante o programa de reabilitação há uma hierarquia de desafios a serem ultrapassados.

Reabilitação Neuropsicológica

O programa de reabilitação neuropsicológica do Centro integra-se na Unidade de Reabilitação Profissional, tem a duração de 6 meses (dias úteis das 9h às 17h), integrando um grupo de 8 a 10 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com perfil para integração ou reintegração no mercado de trabalho ou para ter acesso a cursos de formação, sendo assim um procedimento de transição entre a reabilitação clínica e a reabilitação profissional. O objetivo passa pela reabilitação das capacidades afetadas por lesão cerebral adquirida (traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, tumor cerebral, aneurisma, entre outros), dando apoio ao paciente de modo a adaptar-se a uma nova forma de funcionamento através de estimulação e aprendizagem de estratégias compensadoras tanto a nível cognitivo como funcional, sendo procurado o desenvolvimento do maior nível possível de autonomia e funcionalidade.

O programa divide-se em três fases: a fase remediativa intensiva, o desenvolvimento vocacional e o projeto profissional.

A fase remediativa intensiva é quando é desenvolvida a reabilitação intensiva onde os pacientes tem apoio para a compensação dos défices cognitivos e comportamentais consequenciais da lesão cerebral adquirida, as intervenções são realizadas em grupo (8 a 10 pessoas), individualizadas (2 a 4 pessoas) e individuais (1 pessoa).

A construção do grupo e as atividades integradas no programa objetivam o desenvolvimento do *self*, capacidades de relacionamento interpessoal, de autonomia, de individuação, de estratégias de *coping*, gestão das emoções e aumentar o nível de

ajustamento psicossocial. As atividades constituintes do programa são o acompanhamento psicológico, treino de competências (relações interpessoais, informática, oficina), treino cognitivo, terapia ocupacional (autonomia e vida diária), terapia da fala, fisioterapia, hidroterapia e mais recentemente desporto adaptado. Para término desta fase do programa existe uma sessão em que os pacientes declamam textos criados por eles sobre temas variados dentro do grande tema da reabilitação, para familiares e profissionais. O estágio descrito neste documento desenvolveu-se nesta fase do programa.

A segunda parte do programa passa pelo desenvolvimento vocacional que tem a duração de 4 semanas. Após serem atingidos os objetivos da fase anterior haverá o desenvolvimento de um projeto profissional, em que o paciente terá experiências de trabalho adequadas às suas capacidades, em que lhe serão apresentadas gradualmente tarefas mais complexas e diversificadas sendo assim desenvolvidas capacidades de empregabilidade e comportamento adequado. No final será feita a avaliação das competências de trabalho dos participantes do programa.

Na terceira parte do programa há a implementação do projeto profissional, havendo a reintegração profissional em que há *follow-up* e apoio de modo a manter as capacidades desenvolvidas e gerir as dificuldades que podem surgir nos diferentes contextos da vida do paciente.

A intervenção do programa apresenta resultados de melhoria da satisfação da qualidade de vida nos indivíduos com lesão cerebral adquirida a todos os níveis, à exceção do domínio físico, que poderá estar relacionado com o facto da intervenção ocorrer na fase pós-aguda, na qual a progressão física já se encontra estabilizada (Almeida et al., 2015). Além da melhoria na qualidade de vida, existe relação do programa com melhorias no funcionamento neuropsicológico, funcionamento na comunidade e perceção de autoeficácia (Guerreiro, 2014).

Papel do Psicólogo na Reabilitação Neuropsicológica

A maioria dos programas de reabilitação têm maior foco na reabilitação física do que cognitiva, mas as variáveis cognitivas estão relacionadas com a reabilitação física e além disso, ajudam a predizer os resultados da reabilitação física (Alfano & Finlayson, 1987).

Os psicólogos quando integrados num programa de reabilitação têm a função de avaliar os pacientes antes da integração no grupo, para isso devem ser competentes em avaliação neuropsicológica e ter conhecimento dos diversos instrumentos a utilizar (Barry & O'Leary, 1989), de modo avaliarem os efeitos cognitivos e comportamentais da lesão cerebral para conhecimento do diagnóstico e percepção da terapêutica adequada (Caplan, 1982). Como algumas das terapias são em grupo, o psicólogo deve ter em atenção à gestão de comportamento pois, estará a lidar com diferentes pessoas numa atividade.

No Centro normalmente são aplicados um conjunto de testes a cada cliente segundo o protocolo para avaliação das suas diferentes capacidades. Em relação às funções mentais superiores, para a deteção de declínio cognitivo leve é utilizado o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), na avaliação da atenção é utilizado o *D2 – Teste de Atenção*, na avaliação da memória de trabalho são utilizados os sub-testes "Sequência letra-número" e *Spatial Span* (ordem direta e inversa) da *Wechsler Memory Scale* (WMS III), para a memória visual é realizada a Figura Complexa de Rey, a compreensão da linguagem é avaliada através do *Token Test* e as funções executivas pelo *Wisconsin Card Sorting Test*. Na entrevista inicial a estabilidade emocional é avaliada através da entrevista psicológica e da "*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*", e a qualidade de vida é avaliada através do preenchimento do questionário *Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI)*.

Devido à duração dos programas de reabilitação, deve haver uma proficiência em psicoterapia de curto prazo (Barry & O'Leary, 1989). O apoio psicológico deve implicar uma monitorização de complicações médicas, comportamentais, cognitivas e de personalidade e a prestação de apoio na reintegração social e laboral (Nehra et al., 2014). Além de lidar com o grupo de pacientes, terá também os seus familiares mais próximos e por essa razão deve ter conhecimentos sobre sistemas familiares (Barry & O'Leary, 1989) para acompanhar os cuidadores ajudando-os com as suas capacidades de *coping* (Nehra et al., 2014). O psicólogo tem também obrigações mais específicas diretamente com os restantes profissionais da equipa sendo responsável pela gestão de equipa das diferentes áreas, dando apoio para o desenvolvimento da intervenção (Wilson et al. 2009).

Especificamente, na unidade de reabilitação neuropsicológica o papel do psicólogo não é diferente do que retrata a literatura. Detém a função de gerir a equipa de profissionais e a interação entre as diferentes áreas de intervenção, proceder às avaliações

neuropsicológicas antes da integração dos pacientes no grupo, liderar diferentes atividades de grupo e ainda, o apoio psicológico aos pacientes.

Atividades Desenvolvidas no Programa

As atividades acompanhadas enquanto estagiária passaram pela orientação, relações interpessoais, sessões de psicologia, treino cognitivo, vida diária e autonomia. As atividades serão descritas de seguida.

Orientação

A atividade de orientação é uma sessão de grupo diária com a duração de 30 minutos dirigida por uma das psicólogas, sendo a primeira atividade de grupo do dia (Ben-Yishay & Diller, 2011). Esta atividade é realizada para dar apoio ao paciente na promoção da sua motivação e a criação de objetivos realistas para a sua intervenção, é também promovida a aceitação dos défices com a manutenção da esperança e ainda a consciência de si, para isso há também a promoção da utilização de estratégias compensatórias e ainda o desenvolvimento de uma avaliação objetiva da sua própria evolução, dos seus pares e dos técnicos.

Há uma atividade central nestas sessões intitulada de "Posters" em que a equipa técnica desenvolve um poster com o problema central de cada paciente, juntamente com a solução e estratégias para a resolução do problema, constituindo-se o alvo de intervenção. A identificação do problema central é baseada na avaliação inicial na qual se identifica a dificuldade cognitiva ou neurocomportamental mais acentuada e que tenha a possibilidade de um progresso significativo durante o programa (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Posteriormente, em cada sessão é apresentado um poster a cada paciente, tal como referenciado anteriormente, sendo efetuada a análise do poster com o próprio paciente e com o grupo, sendo estas sessões gravadas para mais tarde serem visualizadas nas sessões de psicologia. Na sessão de orientação o papel da estagiária passou pela observação das atividades desenvolvidas, fazendo algumas intervenções.

Relações Interpessoais

As sessões de Relações Interpessoais, ocorrem duas vezes por semana com a duração de 90 minutos, orientada pela equipa de psicologia, tendo como objetivo desenvolver capacidades cognitivas, o relacionamento interpessoal, a flexibilidade e autoaceitação. Um paciente de cada vez realiza um exercício de comunicação em frente ao grupo com o apoio do orientador que o ajuda no desenvolvimento e organização do exercício quando necessário. Quando finalizada a apresentação, o grupo e a equipa técnica, individualmente dão *feedback* acerca da prestação do paciente. Com estas atividades os pacientes aprendem gradualmente a reconhecer e falar sobre as suas perdas cognitivas e sociais, recuperando sucessivamente a autoestima e dignidade (Ben-Yishay & Diller, 2011). O nível de dificuldade das atividades realizadas é progressivamente aumentado, tanto em termos emocionais como cognitivos.

Enquanto estagiária nas sessões de Relações Interpessoais as funções passaram por dar o *feedback* relativamente à prestação do cliente na atividade e por vezes um papel mais ativo, no lugar de diretora ou entrevistada (dependendo da atividade) e ajudando previamente na preparação da sessão.

Treino Cognitivo

O treino cognitivo tem duas sessões semanais, sendo cada sessão orientada por psicólogas com a duração de 90 minutos, uma realizada em computador através dos programas RehaCom® e CogniPlus e outra através do treino de mesa com exercícios de papel e lápis. As sessões ocorreram em grupos de 4 pessoas de modo a que os exercícios sejam melhor adaptados e desenvolvidos de acordo com as capacidades de cada um e de forma a existir maior tempo de assistência por parte do técnico a cada um dos elementos. Durante estas sessões existe o desenvolvimento de variadas capacidades cognitivas como a atenção e concentração, memória, raciocínio lógico, entre outros.

Antes de cada sessão eram dadas orientações pela Dra. Sandra sobre as atividades a serem desenvolvidas no treino cognitivo e posteriormente dirigidas pela estagiária (desde a terceira semana de estágio). No fim de cada sessão era realizada uma discussão com a

orientadora sobre o trabalho desenvolvido durante a sessão e a evolução de cada cliente nas atividades.

Nas 14 sessões iniciais foi utilizado o Programa de Estimulação do Funcionamento Executivo para o treino das diferentes capacidades cognitivas e executivas através de atividades de grupo ou individuais, de papel e lápis. A partir da sessão 15 foram elaborados exercícios novos pela estagiária de acordo com as dificuldades do grupo de pacientes (Anexo A).

Sessão de Psicologia

As sessões de psicologia têm a duração de uma hora semanal de intervenção individual, orientadas por uma psicóloga. Nestas sessões é feito o acompanhamento relativamente ao percurso no programa, evolução e necessidades. Por vezes são feitas sessões de treino cognitivo extra para os pacientes com maiores dificuldades durante as sessões semanais, sendo também desenvolvido um treino prévio para as atividades das sessões de relações interpessoais e posteriormente é feita a visualização e análise dos vídeos da mesma atividade. Inicialmente nestas sessões o papel da estagiária passou pela observação das consultas e foi gradualmente realizado um trabalho mais autónomo assumindo o controlo nas sessões sob a orientação prévia da Dra. Sandra.

Vida Diária e Autonomia

As sessões de Vida Diária e Autonomia são dirigidas pela terapeuta ocupacional. Nas sessões de Vida Diária são debatidos diversos temas como a vida saudável e a reflexão das atividades feitas em autonomia. Quinzenalmente nestas sessões os pacientes confeccionam o almoço, tendo para o efeito que tratar de todas as tarefas envolvidas, inclusive das compras dos alimentos necessários, tudo isto sob a supervisão da terapeuta. Nestas sessões também houve atividades de jardinagem, visita a uma fábrica, museu e sessão de hipoterapia. O papel da estagiária nas sessões de vida diária passou pela observação das atividades, ao passo que nas sessões de autonomia, quando necessário foi prestado apoio nas atividades de confeção do almoço e acompanhamento nas atividades.

O período de estágio coincidiu com a permanência do grupo no Centro sendo que existiu a oportunidade de acompanhamento do grupo do primeiro ao último dia no programa. A realização do estágio deu-se durante três dias da semana (segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira) com o horário das 9h às 17h e ocasionalmente decorreu também à sexta-feira das 9h às 14h, quando necessário apoio na atividade de Autonomia. A Tabela 1 demonstra as atividades desenvolvidas durante o horário de estágio.

Tabela 1 – Horário semanal da estagiária

	Segunda-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
9h – 10h15m		Psicologia F	Psicologia A	Autonomia
10h30 – 11h	Orientação	Orientação	Orientação	
11h-12h15	Vida Diária	Relações Interpessoais	Relações Interpessoais	
12h45-13h45	Almoço	Almoço	Almoço	
13h45 - 15h15	Treino Cognitivo		Treino Cognitivo	
15h – 16h				
16h – 17h	Psicologia P			

Grupo 7

O grupo 7 é constituído por oito elementos entre os 24 e os 57 anos ($M=42,62$), com lesões cerebrais adquiridas, sendo elas, traumatismos crânio encefálicos (TCE), acidente vascular cerebral (AVC) e aneurisma, sendo maioritariamente AVCs (6 clientes). As habilitações académicas do grupo variam entre o 4º e o 12º ano.

O período de frequência do grupo no programa decorreu desde o dia 5 de outubro de 2015 até ao dia 30 de março de 2016.

A Tabela 2 contém uma descrição geral dos pacientes deste grupo.

Tabela 2 – Caracterização do grupo 7

Paciente	Idade	Lesão	Data da lesão	Consequências
A	24	TCE	Junho de 2014	- Alterações cognitivas - Humor deprimido
B	31	TCE	Julho de 2007	- Afasia de Expressão - Hemiparésia à direita
C	38	AVC	1995	- Alteração das funções mentais - Alteração das funções sensoriais (sensibilidade superficial e profunda) - Ataxia e tremor -Disartria
D	39	AVC	Março de 2013	- Afasia - Alterações cognitivas - Alterações comportamentais: impulsividade e baixa resistência à frustração e irritabilidade fácil.
E	46	AVC	Setembro de 2014	- Afasia - Défices cognitivos moderados - Hemiparésia à direita
F	50	AVC	Maio de 2014	- Alterações nas funções mentais - Problemas de marcha - Dificuldades de leitura - Dificuldades de linguagem
G	56	AVC	Maio de 2014	- Disartria - Discurso pouco fluente - Hemiparesia à esquerda
H	57	Aneurisma	Setembro de 2014	- Desorientação Espacial de Temporal - Défice executivo - Défice de memória

Atividade de Orientação e Supervisão

As reuniões de supervisão do estágio realizavam-se semanalmente à sexta-feira no Instituto Universitário de Ciências de Saúde com a presença a Prof. Dra. Manuela e 2 estagiárias do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. As reuniões consistiam num lugar de discussão de ideias, partilhas de casos e experiências e esclarecimento de dúvidas.

A orientação ocorria diariamente, antes e depois de cada sessão com a Prof. Dra. Sandra, onde eram discutidos os casos, as diferentes estratégias a utilizar e resultados de cada sessão.

CAPÍTULO II

Caso Clínico D

Descrição Pessoal

D tem 39 anos, é do sexo masculino, parou de estudar por volta dos 16 anos, tendo frequentado o 7º ano, mas sem o terminar, pois os pais diziam que “*tinha era de trabalhar*” (sic), tendo anteriormente repetido o 4º ano, 3 vezes. Mais tarde, em 2011, para lhe ser possível ser chefe de equipa na manutenção das linhas férreas da REFER, o seu local de trabalho, ingressou no RVCC, concluindo o 9º e o 12º ano.

Pertence a uma fratria de 7 irmãos, sendo o terceiro mais novo. As idades são compreendidas entre os 50 e os 31 anos. Apenas tem relação próxima com dois dos irmãos: o mais novo que vive com o pai e uma irmã de 43 anos que vive nas proximidades. No total tem 11 sobrinhos.

O pai tem 73 anos reside relativamente perto (15 minutos). D costuma passar em casa dele quase diariamente para o ajudar com os animais. A mãe faleceu em julho de 2015 e desde então D visita a campa quase diariamente.

Atualmente reside com a esposa (39 anos) com o qual é casado há 17 anos e têm uma filha em comum com 13 anos. A relação com a esposa é conflituosa estando a ser acompanhados em terapia familiar no Hospital S. Sebastião (os três elementos) e a ponderar avançar com o processo de divórcio.

Antes do AVC trabalhava como eletricista e fazia a medição da tensão das linhas de comboio entre Ovar e Aveiro, na manutenção das linhas férreas da REFER, sendo chefe de equipa. Atualmente encontra-se reformado por invalidez, e faz biscates na área de pichelaria, eletricidade e na área da agricultura (poda de árvores e outros serviços agrícolas).

A esposa encontra-se desempregada, mas toma conta dos avós juntamente com a mãe. A filha frequenta atualmente o 8º ano e pratica natação de competição.

Descrição Clínica

A 11 de Março de 2012, saiu com dois cunhados e com a filha e por volta das 18h15m enquanto se dirigia a uma caixa multibanco, o cartão caiu, tentou baixar-se para o apanhar, mas não conseguiu, tendo sido a filha a entregar-lho. Quando chegou perto dos cunhados repararam que este arrastava a perna direita, perguntando-lhe se estava tudo bem, ao qual já não conseguiu responder, desmaiando.

Foi internado no serviço de Neurologia com diagnóstico de AVC isquémico em território profundo da artéria cerebral média esquerda. No próprio dia teve instalação súbita de afasia e défice motor direito. Mesmo sendo submetido a trombólise e trombectomia não houve qualquer reversão nos défices.

A sua história clínica apresentava diversos fatores de risco, obesidade (120 kg), fumador (10 cigarros por dia), dislipidemia, trombolíe bite (um ano e meio antes do AVC), hipocoagulado durante 6 meses e hipertensão arterial.

Segundo o relatório médico de abril de 2014, demonstra marcha autónoma (sem espasticidade relevante), afasia não fluente de predomínio motor e anómica sendo que percebe a maioria da informação transmitida. Em termos de alterações cognitivas demonstra desinibição, dificuldade de controlo de impulsos, apatia, dificuldades executivas e de planeamento e ainda humor e traços depressivos.

Foi encaminhado para o Centro através do Hospital S. Sebastião com o objetivo de voltar a ser ativo no mundo laboral.

No momento da avaliação no Centro a janeiro de 2015 as consequências visíveis do AVC passam pela afasia não fluente e alterações do foro cognitivo, apresentando dificuldades na leitura e na escrita.

A nível muscular apresenta menor força muscular a nível do membro superior direito, assim como menor capacidade funcional (preensão e motricidade fina) relativa à mão direita.

Em relação à linguagem revela afasia motora com défice de fluência verbal, dificuldades de nomeação e dificuldades de compreensão especialmente em instruções mais complexas.

No domínio emocional revela sintomatologia ansiosa, associada a um padrão de comportamento impulsivo.

No momento de entrada no programa possuía carta de condução com restrições – condução apenas na companhia de outro condutor no lugar de passageiro, num raio de 70

km e velocidade máxima de 80km/h, tendo em dezembro de 2015 sido sujeito a uma reavaliação neuropsicológica (realizada pela estagiária) a pedido do médico para avaliação das suas capacidades de condução, resultando na aprovação da carta de condução sem restrições.

Classificação da Funcionalidade

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), oferece a categorização de domínios relacionados com a saúde e de domínios do bem-estar relacionados com a saúde, proporcionando a sua compreensão e estudo, tendo sido desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma das aplicações da CIF é referente à parte clínica que inclui a reabilitação, avaliar as necessidades, conciliar os tratamentos às dificuldades necessárias, avaliar competências profissionais e resultados (Leitão, 2004). Sendo assim, D apresenta a classificação da funcionalidade demonstrada Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação da funcionalidade de D.

Funções do Corpo		
Código	Categoria	Qualificador
b1400	Manutenção da Atenção	.2
b1402	Divisão da Atenção	.1
b1521	Regulação da emoção	.3
b16701	Receção de linguagem escrita	.2
b16710	Expressão da linguagem oral	.2
b16711	Expressão da linguagem escrita	.3
b1720	Cálculo simples	.2
b1721	Cálculo complexo	.2
Funções Sensoriais e da Dor		
Código	Categoria	Qualificador
b3300	Fluência da fala	.2
b3301	Ritmo da fala	.2

O qualificador é utilizado para assinalar a extensão e a magnitude de uma deficiência.

xxx.0 nenhuma deficiência (nenhuma, ausente, escassa) 0-4%

xxx.1 deficiência ligeira (leve, pequena) 5-24%

xxx.2 deficiência moderada (média) 25-49%

xxx.3 deficiência grave (grande, extrema) 50-95%

xxx.4 deficiência completa (total) 96-100%

Avaliação Neuropsicológica

Antes da integração de um elemento no programa de Reabilitação Neuropsicológica é realizada a avaliação neuropsicológica inicial de modo a fornecer um diagnóstico fiável sobre as competências do paciente para integrar e beneficiar desta intervenção para isso é necessário através da avaliação, compreender as consequências da lesão cerebral a nível cognitivo, ser feita a avaliação das habilidades interpessoais, a consciência dos défices e a sua capacidade de resposta às intervenções. Por norma é então efetuada uma avaliação antes do paciente integrar o programa e outra no final do mesmo, permitindo a avaliação dos resultados da intervenção. No caso de D, este foi sujeito a uma avaliação neuropsicológica a meio do programa, a pedido do médico para a avaliação de capacidades de condução, o que nos permite então ter uma avaliação inicial, intermédia e final. A primeira avaliação foi realizada em janeiro de 2015 pela Dra. Sandra, a segunda em dezembro de 2015 pela estagiária e pela Dra. Sandra e a final, em março de 2016 pela estagiária (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados da avaliação neuropsicológica inicial, intermédia e final de D.

	1ª Avaliação janeiro de 2015	2ª Avaliação dezembro de 2015	3ª Avaliação março de 2016
MOCA	18/30	25/30	22/30
WMS III	Índice 83 Percentil 13	Índice 100	Índice 102 Percentil 55
HADS	Ansiedade 7 Depressão 5	Ansiedade 7 Depressão 8	Ansiedade 7 Depressão 7
Token Test	17/22	20/22	20/22
Figura Complexa de Rey	-----	Cópia 32 Reprodução 30 1/2	Cópia 35 Reprodução 35

Na primeira avaliação através do MoCA demonstrava um declínio grave pois, o valor do resultado encontra-se a mais de 2 desvios padrões abaixo da média, mas na segunda e na terceira avaliação já apresentou valores dentro da média para a sua idade e escolaridade.

Na avaliação com o instrumento WMS III foram utilizados os subtestes de Sequência de Números e Letras e o de Localização Espacial. Na primeira avaliação apresentou valores dentro da média, mas baixos, tendo aumentado na segunda e terceira avaliação. Quando avaliada a ansiedade e depressão através da HADS, os resultados obtidos ao nível da ansiedade foram constantes nas três avaliações, encontrando-se dentro dos valores normais apesar de estar no limite. Relativamente à depressão, na primeira e última avaliação apresentou valores considerados normais ao passo que na segunda avaliação apresentou uma depressão leve, mas com um valor baixo.

Na segunda e na terceira avaliação com o *Token Test* apresentou valores dentro da média contrariamente à primeira avaliação que se encontravam abaixo da média.

A Figura Complexa de Rey foi utilizada apenas na segunda e terceira avaliação. Estão apresentados seguidamente a cópia e a reprodução reproduzidos nas duas avaliações.

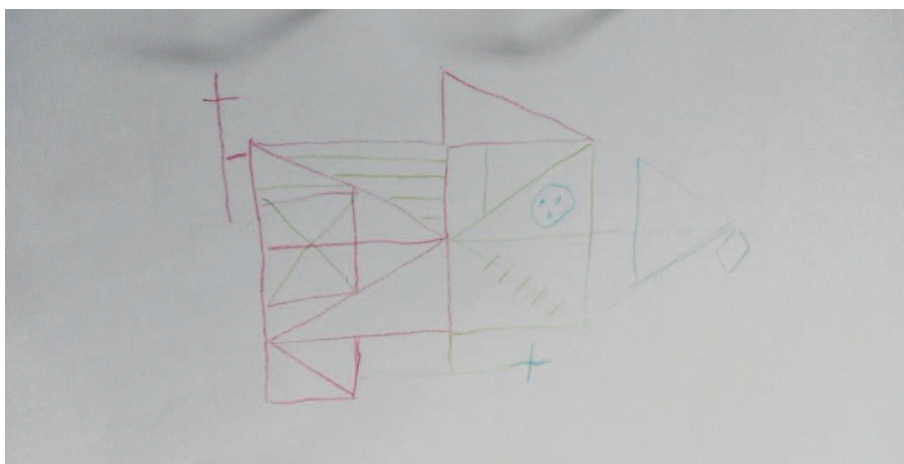


Figura 1 Reprodução da Figura Complexa de Rey - dezembro de 2015

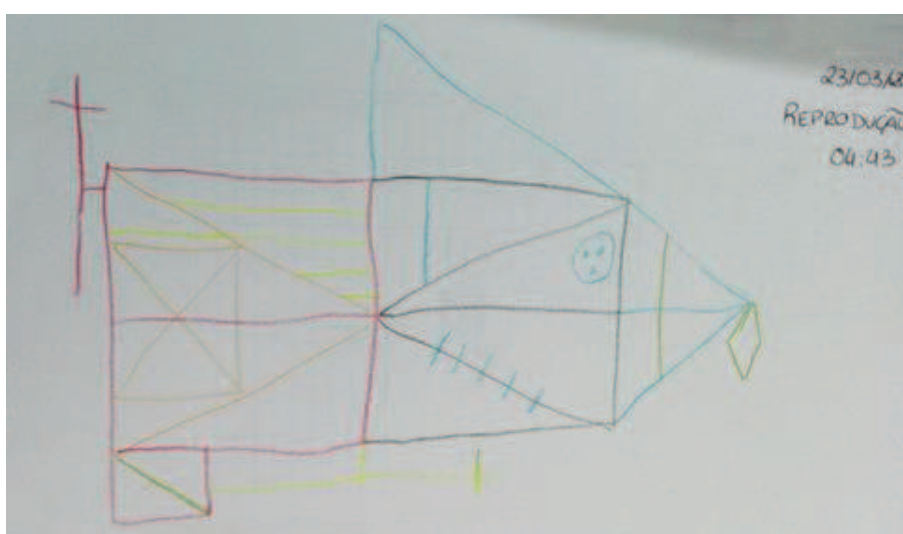


Figura 2 Reprodução da Figura Complexa de Rey - março de 2016

Na reprodução da Figura Complexa de Rey é possível verificar que nas duas situações, foram desenhados todos os elementos, dentro das proporções, sendo que não aparenta ter dificuldades na construção visuo-espacial.

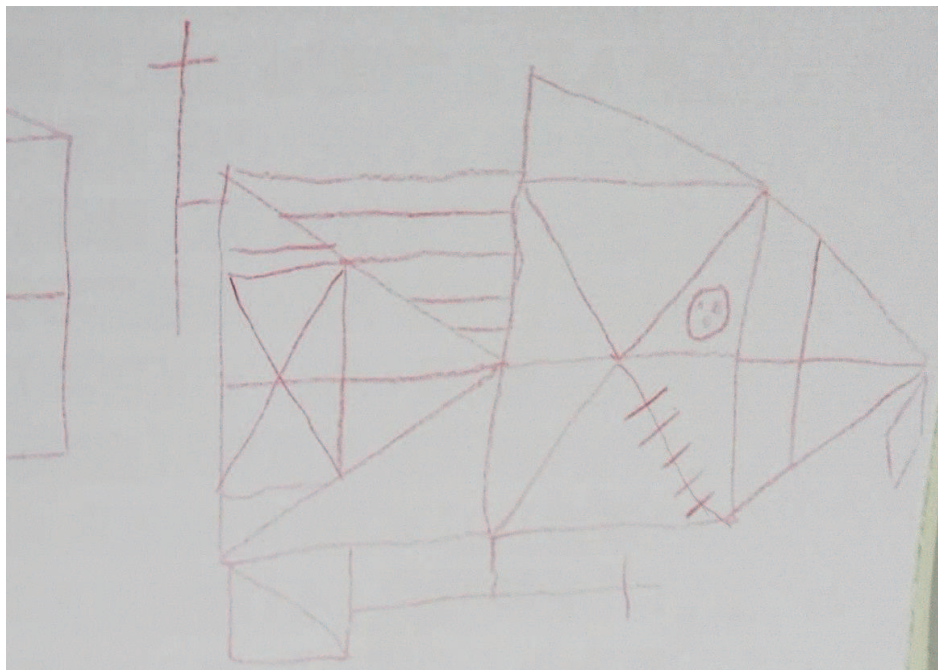


Figura 3 Memória da Figura Complexa de Rey - dezembro de 2015

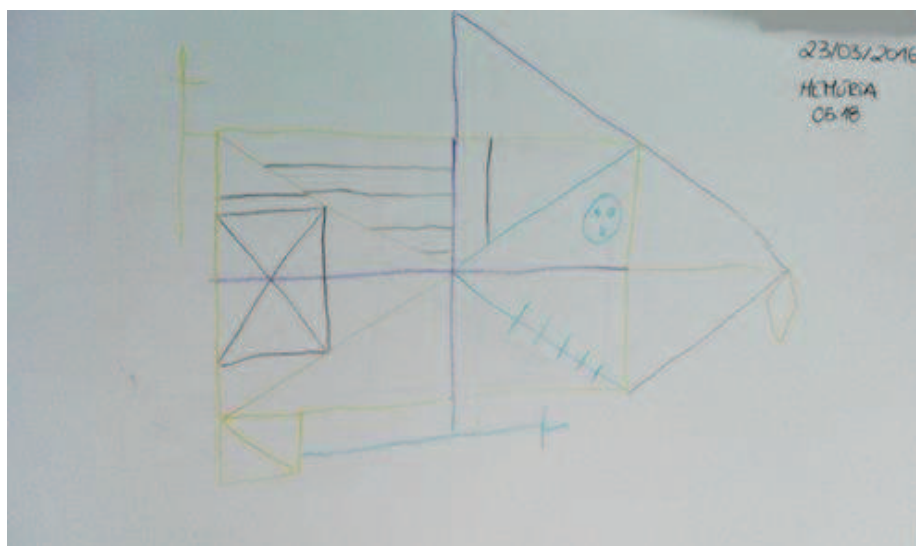


Figura 4 Memória da Figura Complexa de Rey - março de 2016

Na realização da memória é possível notar que os desenhos se encontram bastante completos. No desenho realizado em dezembro de 2015 encontra-se o erro na Cruz de Santo André que se encontra deslocada para a segunda metade retângulo. Na execução

do desenho a março de 2016 existe a omissão do segmento do triângulo isósceles. Apesar destes erros, não demonstra ter défices de memória de trabalho.

Reflexão da Avaliação Neuropsicológica

D sempre demonstrou motivação para a melhoria dos seus défices cognitivos, fazendo sempre um esforço extra para atingir os resultados propostos, o que acabou por ser refletido nos resultados finais das avaliações. O único resultado que diminuiu durante o percurso é relativamente à depressão que pode dever-se às constantes discussões matrimoniais e familiares, pois o apoio da família durante a reabilitação de um AVC demonstra ser um fator positivamente importante na qualidade de vida e no resultado da reabilitação (van der Waldt & Mothabeng, 2009), tendo o suporte familiar um impacto positivo na progressão do estado funcional (Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos & Stamatelopoulos, 2000).

Intervenção

Objetivos da Intervenção

A elaboração da tabela de objetivos de acordo com o *Goal Attainment Scale* (GAS) é elaborada em colaboração com toda a equipa técnica que trabalha com o cliente. As principais limitações de D focam-se nas limitações de produção de linguagem que acaba por interferir com os relacionamentos sociais sendo ainda agravado pelas dificuldades de manutenção da atenção. As estratégias encontradas para melhoria são a utilização de palavras-chave com a ideia central, a verificação através da repetição da informação por palavras suas, a colocação de questões, apontamento de notas e a utilização de frases curtas e completas. A Tabela 5 demonstra os objetivos desenvolvida pela equipa para D.

Tabela 5 – Objetivos para reabilitação de D

Objetivo específico: Utilizar a estratégia de verificação para manter a atenção na conversa e evitar mal entendidos.	
+2	Utiliza de forma sistemática a verificação.
+1	Utiliza a verificação frequentemente na maioria das atividades de forma independente.
0	Utiliza a verificação sempre que é solicitado.
-1	Apresenta dificuldades em expressar as suas ideias e revela ausência de estratégias de compensação.
-2	Evita falar
Objetivo específico: expressa as suas ideias utilizando palavras-chave, frases curtas mas completas	
+2	Elabora frases curtas, mas completas para transmitir uma ideia/pedido.
+1	É capaz de identificar uma ou duas palavras-chave que sintetizem a ideia central.
0	Aceita orientação e apoio para dar continuidade ao discurso sem perder a ideia original.
-1	Por vezes inicia uma frase e não consegue concluir, perdendo a ideia do que ia dizer.
-2	Com muita frequência (maior parte das vezes) inicia uma frase e não consegue concluir.

O principal objetivo da reabilitação de D passa pela sua reintegração no mundo laboral o que implica a aquisição de competências físicas e cognitivas necessárias e possíveis e ainda aprender métodos de compensação de modo a que esse objetivo possa ser concretizado.

Inicialmente, apresentava pouca iniciativa e motivação, acabando por revelar que se sentia cansado devido ao facto de ter de acordar muito cedo de forma a chegar a tempo do transporte para o Centro. Após a primeira semana começou a demonstrar melhorias não apresentando cansaço e aparentava maior motivação e iniciativa.

O principal problema destacado é relativo à rigidez de pensamento que lhe dificulta a adaptação, tendo sido proposto como solução o ganho de maior flexibilidade, utilizando como estratégias para isso a ponderação de várias hipóteses, ter em conta outras perspetivas diferentes da sua e colocar-se na pele do outro. O comportamento assinalado não é muito visível inicialmente no Centro e na relação com o grupo, tendo demonstrado pontualmente alguma rigidez quando a opinião dos outros era diferente da sua. Um dos exemplos mais notáveis era visível na atividade de autonomia na realização dos almoços, em que por vezes demonstrava alguma resistência relativamente à maneira de cozinhar dos colegas, tentando desvalorizar as ideias dos mesmo para as suas prevalecerem. Quando confrontado com esta problemática, acabou por perceber que no grupo e sendo um trabalho em conjunto, todos teriam de ceder um pouco. Rapidamente melhorou nesta área, logo no

início do programa, tornou-se um dos elementos do grupo mais participativos e mais altruístas, estava sempre pronto a ajudar os outros, sendo por isso visto pelos outros como um exemplo de sucesso na reabilitação devido à sua recuperação quase completa fisicamente.

Apesar da melhoria apresentada relativamente à rigidez de pensamento no grupo, continuava sendo referenciada na relação com a esposa, relatado tanto pela esposa como pelo próprio, durante as reuniões com o casal.

Importa esclarecer que a dinâmica do casamento apresenta complicações desde o início. Segundo D, a esposa nunca trabalhou, tendo tentado arduamente durante os primeiros 5/6 anos de casamento que ela iniciasse uma atividade laboral, o que não aconteceu, sendo motivo de revolta e frustração por parte do mesmo, levando-o mesmo a ponderar o divórcio. Entretanto, a esposa ficou grávida. Depois da gravidez chegou a ter alguns trabalhos, mas como pedia muitas vezes baixa, acabava por ser dispensada dos serviços. Sente desde cedo que a esposa apenas não o deixou pelo facto de ter sido sempre ele a ganhar e a gerir o dinheiro e também devido ao terreno onde construíram a habitação estar no nome de D. As grandes discussões entre os dois demonstradas durante o programa, passavam pelas limpezas, nas quais a esposa demonstrava ter grande preocupação em manter a casa distintamente limpa e organizada, e pelo poder e dinheiro que ostentava ser uma problemática para os dois.

Em relação, à limpeza, a esposa queixa-se de ser a única a tratar de tudo, apesar da divisão de tarefas, D apenas limpa o pátio de 15 em 15 dias, o que não é suficiente e muitas vezes entra em casa com o calçado vindo do campo, acabando por sujar o chão da casa (sic).

Antes do AVC, D tinha controlo e gestão total do dinheiro, depois do AVC, a gestão passou para a esposa, algo que não agradou a D devido aos "*gastos extensivos e fúteis*" (sic) que ocorriam. Mesmo com as melhorias de D, a esposa continuava a não querer que ele tivesse esse tipo de responsabilidades, impedindo-o por exemplo de ter um cartão multibanco.

O facto de não poder conduzir sem restrições era algo que incomodava D, porque para além de depender da esposa, também tinha implicações diretas na empregabilidade. Já tinha recebido diversas propostas de trabalho, as quais foram recusadas por necessitar de se deslocar de carro para o trabalho, mas não existia a possibilidade e o fazer de forma autónoma. Segundo D, mesmo depois de conseguir a carta sem restrições a esposa opunha-

se constantemente que D conduzisse sozinho, perguntando inclusive aos médicos se tinham a certeza que ele tinha capacidades para tal.

D demonstrava bastante ressentimento com a mulher também relativamente ao período em que ele não podia trabalhar, a esposa não ter tentado conseguir um emprego para conseguirem sustentar os gastos existentes. Fora sempre ele que no passado garantiu a sustentabilidade económica familiar, e nesta situação de incapacidade esperava que a esposa tivesse uma atitude mais proactiva. Por tudo isto, as discussões eram sistemáticas, tornando-se por vezes violentas. Para além disso, a filha agora com 13 anos não comunicava tanto com o pai como D gostaria, sentindo-se desfasado relativamente à relação que esta tinha com a mãe, começando a existir cada vez mais um afastamento entre pai e filha.

Apesar da recuperação ao nível da afasia durante o seu percurso no programa, a família não sentiu as melhorias pois, segundo o mesmo, "*entrava mudo e saía calado*" (sic), não havendo a possibilidade de a família perceber a sua evolução, o que também acabava por frustrar D, sentindo os seus progressos desvalorizados.

Tendo em consideração todos estes aspetos, é inquestionável a importância de uma intervenção familiar por parte do programa de forma a melhorar a dinâmica familiar que será grandemente responsável pelos níveis de humor depressivo, o que por sua vez se iria refletir positivamente na reabilitação de D. Contudo, como estes se encontram a ser seguidos de 3 em 3 meses no Hospital S. Sebastião em terapia familiar juntamente com a filha, não se avançou com intervenção familiar de forma a não interferir/colidir com a intervenção utilizada no Hospital S. Sebastião. Por isso, tendo em consideração que a relação com a esposa e as reações emocionais associadas têm consequências ao nível da reabilitação, estas questões foram trabalhadas a nível individual, de modo a que D percebesse em que situações poderia ceder, assim como, aprender a gerir a sua raiva para que as situações não tomassem outras proporções.

Quanto às suas dificuldades, a maior preocupação era relativamente às dificuldades na fala, leitura e escrita. Relativamente à fala, o aconselhamento e treino passou por utilização de frases curtas e com palavras simples de forma a facilitar a expressão verbal, e a utilizar a técnica da verificação de forma a não se esquecer do tema de conversa, algo que era frequente. Por isso, uma das grandes inseguranças de D passava pelas atividades de grupo em que tivesse de ler ou falar perante todo o grupo. Para diminuir a ansiedade desses momentos, durante as sessões de psicologia eram realizados treinos individuais em que D

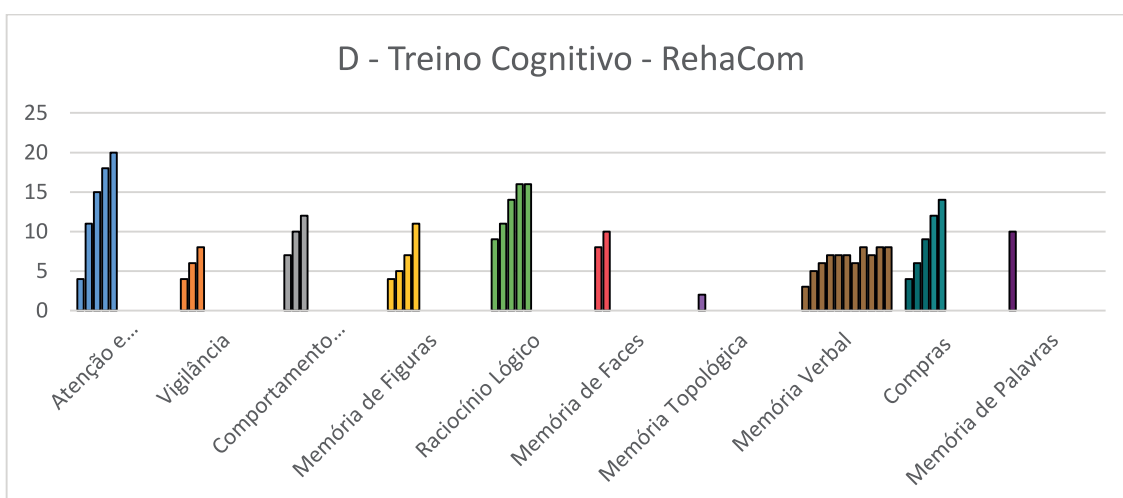
treinava várias vezes os exercícios (fala ou leitura), sendo-lhe dado *feedback* de forma a melhorar a sua performance, e aumentar a sua autoconfiança no momento da apresentação. Além da intervenção acima assinalada, D era ainda acompanhado por sessões particulares de terapia da fala. Relativamente à leitura, como era seu hábito ler livros antes do AVC, foi aconselhada a retoma deste hábito, mas com a leitura de pequenas frases, por vezes repetidamente até conseguir ler mais fluidamente e perceber o sentido da frase. D começou a levar um pequeno livro para ir lendo nas suas viagens de comboio de ida e volta do Centro.

Durante as sessões de treino cognitivo também foi treinando esta dificuldade através de exercícios que envolviam leitura e comunicação. Ao longo do percurso, a sua leitura foi ficando cada vez mais fluída. A escrita também foi reforçada através do incentivo de fazer cópias para começar a memorizar as palavras e as letras. O texto escrito para a sessão final (Anexo B) foi feito com acompanhamento da estagiária, tal como a sua leitura devido à sua dificuldade da iniciação de leitura de algumas palavras.

Treino Cognitivo (RehaCom®)

Todas as semanas D realizou treino cognitivo através do programa RehaCom®, no qual tem oportunidade de praticar diferentes capacidades cognitivas. No gráfico seguinte estão representados os diferentes exercícios realizados e a sua evolução ao longo das sessões.

Gráfico 1 – Resultados do Treino Cognitivo de D no RehaCom®



Apresentou durante as sessões sempre uma enorme motivação para melhorar e uma imensa iniciativa para aprender diferentes métodos. Como é possível observar no gráfico, D manteve evolução durante os diferentes tipos de exercícios exceto na memória verbal. Os exercícios de memória verbal exigiam a leitura e interpretação de textos, D conseguia melhores resultados quando acompanhado de modo a ser ajudado no início de leitura de certas palavras para conseguir entender o significado das diferentes frases, quando não acompanhado descia de nível pois não conseguia interpretar a leitura do texto. O RehaCom® tem demonstrado efeitos positivos relativamente à redução de défice cognitivo no AVC (Fernández, et al., 2012, Yoo, Yong, Chung & Yang, 2015).

Treino Cognitivo de Mesa

Nos exercícios realizados durante o treino cognitivo de mesa, as maiores dificuldades passavam pelos exercícios que envolviam escrita, leitura e cálculo, tendo sempre sido incentivado pelos colegas a continuar mesmo quando falhava. Apesar das dificuldades, demonstrava uma grande vontade de melhoria, pois pedia sempre mais exercícios nos quais tinha dificuldades. O esforço foi contínuo nos diferentes exercícios apresentados, demonstrando sempre grande entusiasmo quando conseguia resolver os problemas corretamente.

Reflexão Caso D

D, beneficiou em plenitude da sua permanência no programa, tanto a nível físico como psicológico. Apesar de já ter poucas dificuldades físicas conseguiu ganhar maior força na mão direita. Relativamente às dificuldades apresentadas inicialmente como a rigidez de pensamento, conseguiu melhorar ao nível do grupo e apesar da problemática familiar, demonstrou pequenas melhorias. As melhorias ao nível da autorregulação emocional e social podem estar relacionadas com o formato de grupo da maioria das atividades (Caracuel et al., 2012). Conseguiu também a nível cognitivo progredir nos diferentes aspetos durante o programa estando assim pronto para a etapa seguinte, a profissional. O maior foco da reabilitação neuropsicológica é a reabilitação cognitiva, por isso mesmo as melhorias dos pacientes são maioritariamente a nível cognitivo, desta forma a cognição depois do programa aparenta ser o domínio com maior alteração (Caracuel et al., 2012).

No futuro seria benéfico para D ter acompanhamento psicológico regular e individual devido às diversas problemáticas familiares pendentes. A não existência de intervenção psicológica após uma lesão cerebral pode aumentar os índices de depressão (Guerreiro, 2014).

Caso Clínico E

Descrição Pessoal

E tem 46 anos, é do sexo masculino, tem o 12º ano (Humanísticas) e tirou um curso de informática o qual terminou aos 20 anos. Iniciou o seu percurso laboral como mediador de seguros, durante 5 anos, também trabalhou na secretaria de uma escola de condução, sempre numa vertente administrativa.

Antes do AVC trabalhava num horto de venda de plantas na área do secretariado, profissão que já exercia há 17 anos.

Chegou a jogar em clubes de futebol federados, mas atualmente jogava apenas como *hobbie*, fazia também sempre corrida a passo suave no fim do trabalho o que considerava a sua "terapia" (sic).

É filho único, apesar de ter tido uma irmã que faleceu com apenas um ano. Demonstra ter uma relação muito forte com a mãe considerando-a o seu "guia" (sic). Esta, em 2009 teve problemas oncológicos tendo sido operada seis vezes, o que se tornou muito desgastante, mas felizmente recuperou. Perdeu o pai aos 19 anos.

Vive com a esposa desde 2005, que tem uma empresa por conta própria (florista) e com a filha de 8 anos que segundo o próprio tem uma personalidade muito forte.

Considera uma das suas maiores vitórias o nascimento da filha, devido ao facto de durante um ano o casal ter tentado engravidar sem sucesso. Decidiram então consultar médicos especialistas e descobriram que ambos tinham problemas de fertilidade (a esposa tinha quistos nos ovários e endometriose e E apenas tinha 1% dos espermatozoides). Quando se preparavam para se submeter a inseminação artificial, descobriram que a esposa já se encontrava grávida. Acompanhou sempre a gravidez muito de perto e refere-se ao nascimento da filha como tendo sido uma "sensação indescritível" (sic); sente que agora tem a casa cheia.

Como o casal sente o desejo de ter mais filhos, em 2013 tentaram inseminação artificial, mas sem sucesso, voltando a tentar no ano seguinte, do qual resultou uma gravidez seguida de um aborto espontâneo. Equacionaram a possibilidade de adoção de uma criança.

Entretanto E sofre um AVC, mas o mesmo diz que quando estiver melhor gostaria de ter outro filho.

Descrição Clínica

A 20 de Setembro de 2014 preparava-se para um jogo de futebol com os amigos, começou então a sentir tremores nas pernas, não conseguindo identificar o que se passava consigo. Telefonou à esposa que quando chegou notou que este possuía um desvio da comissura labial e alterações ao nível da fala. Encontrava-se consciente, mas convencido que estava apenas a sentir-se mal.

Tratou-se de um AVC hemorrágico (lesão hemorrágica aguda intraparenquimatosa) que teve como consequências afasia motora grave, dificuldades na compreensão, hemiplegia direita com tónus aumentado, hemihipostesia direita, incapaz de iniciar marcha. Desde início que demonstrou elevada motivação para a reabilitação.

Os seus antecedentes clínicos demonstram hipertensão arterial em idade jovem, mas quando feito um despiste secundário teve resultado negativo. Segundo o próprio, *“não tinha mas estava mesmo no limite”* (sic). Não tomava a medicação receitada pois estava a tentar controlar a pressão arterial através de mudanças no estilo de vida, como a alimentação saudável e a prática de desporto.

Classificação da Funcionalidade

A CIF junta diferentes domínios da pessoa com uma determinada condição de saúde, permitindo descrever a sua funcionalidade e as suas restrições (Leitão, 2004). Sendo que E, apresenta a classificação demonstrada na Tabela 6.

Tabela 6 – Classificação de funcionalidade de E

Funções do Corpo		
Código	Categoria	Qualificador
b1521	Regulação da emoção	.2
b1643	Flexibilidade Cognitiva	.2
b16710	Expressão da linguagem oral	.2
b16711	Expressão da linguagem escrita	.2
Funções Sensoriais e da Dor		
Código	Categoria	Qualificador
b3300	Fluência da fala	.2
b3301	Ritmo da fala	.2

O qualificador é utilizado para assinalar a extensão e a magnitude de uma deficiência.

xxx.0 nenhuma deficiência (nenhuma, ausente, escassa) 0-4%

xxx.1 deficiência ligeira (leve, pequena) 5-24%

xxx.2 deficiência moderada (média) 25-49%

xxx.3 deficiência grave (grande, extrema) 50-95%

xxx.4 deficiência completa (total) 96-100%

Avaliação Neuropsicológica

As avaliações neuropsicológicas de E foram realizadas a março de 2015, antes da integração no programa de reabilitação e a março de 2016, na altura da finalização do programa, de modo a ser possível avaliar a interferência do programa nas suas funções cognitivas. A primeira avaliação foi realizada pela Dr.ª Sandra e a avaliação final pela estagiária. Os resultados das avaliações encontram-se descritos na Tabela 7.

Tabela 7 – Resultados da avaliação neuropsicológica inicial e final de E

	1ª Avaliação Março de 2015	2ª Avaliação Março de 2016
MOCA	20/30	28/30
WMS III	Índice 107 Percentil 68	Índice 107 Percentil 68
HADS	Ansiedade 5 Depressão 4	Ansiedade 6 Depressão 5
Token Test	18/22	19/22
Figura Complexa de Rey	Cópia 35 Reprodução 20,5	Cópia 32 Reprodução 24

A avaliação inicial através do MoCA demonstrou um déficit grave dada a sua idade e escolaridade, estando 3 desvios padrões abaixo da média, mas quando realizada a última avaliação demonstrou uma evolução bastante acentuada, encontrando-se assim dentro dos valores normativos.

Relativamente à avaliação através dos sub-testes de Sequência de Números e Letras e o de Localização Espacial da WMS III, os valores mantiveram-se iguais nas duas avaliações, encontrando-se dentro da média.

Quando avaliada a ansiedade e a depressão é possível observar um ligeiro aumento dos valores, encontrando-se nas duas avaliações dentro dos valores "normais".

No *Token Test* existiu uma evolução na percentagem de respostas corretas, mas mesmo assim continua deficitário para os valores padrão da sua idade e escolaridade. Na Figura Complexa de Rey demonstrou em ambas as avaliações resultados superiores à média para a sua idade. As figuras seguintes demonstram a comparação das respostas dadas neste teste, em cada situação.

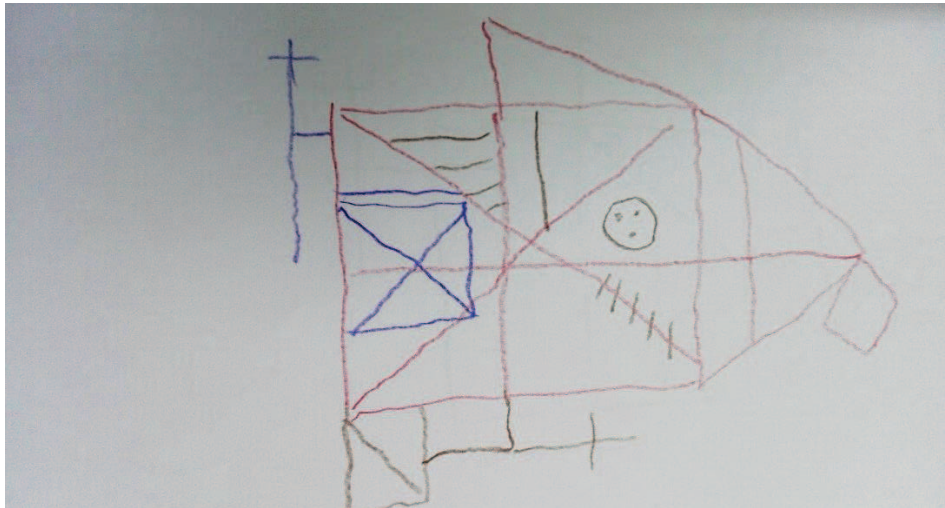


Figura 5 Reprodução da Figura Complexa de Rey - março de 2015

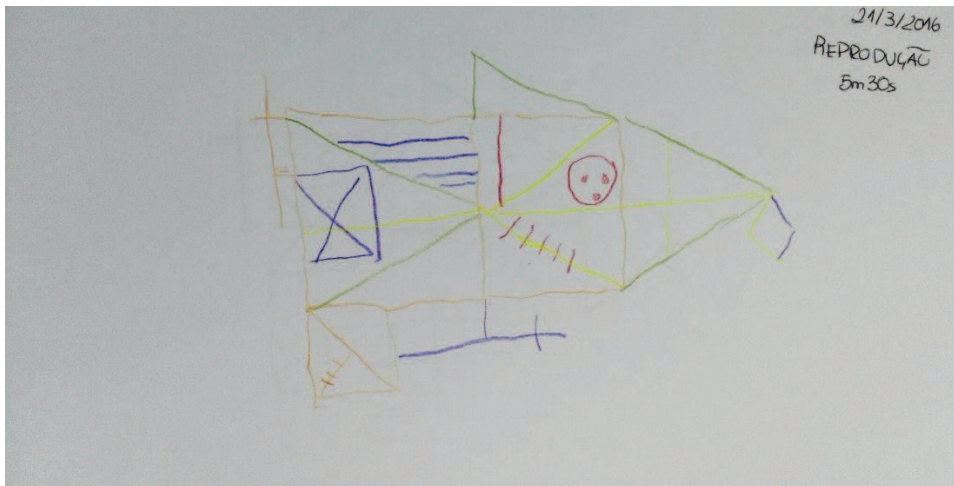


Figura 6 Reprodução da Figura Complexa de Rey – março de 2016

Quando comparados os dois desenhos com um ano de diferença, é possível perceber que ambos estão bastante completos. Sendo que na reprodução de março de 2016, há omissão do pequeno segmento colocado sobre o pequeno retângulo interior. O facto de as linhas não estarem bem definidas deve-se ao facto de E ser destro, ainda estar a treinar o uso da mão esquerda como dominante, pois ainda não tem a mão direita recuperada.

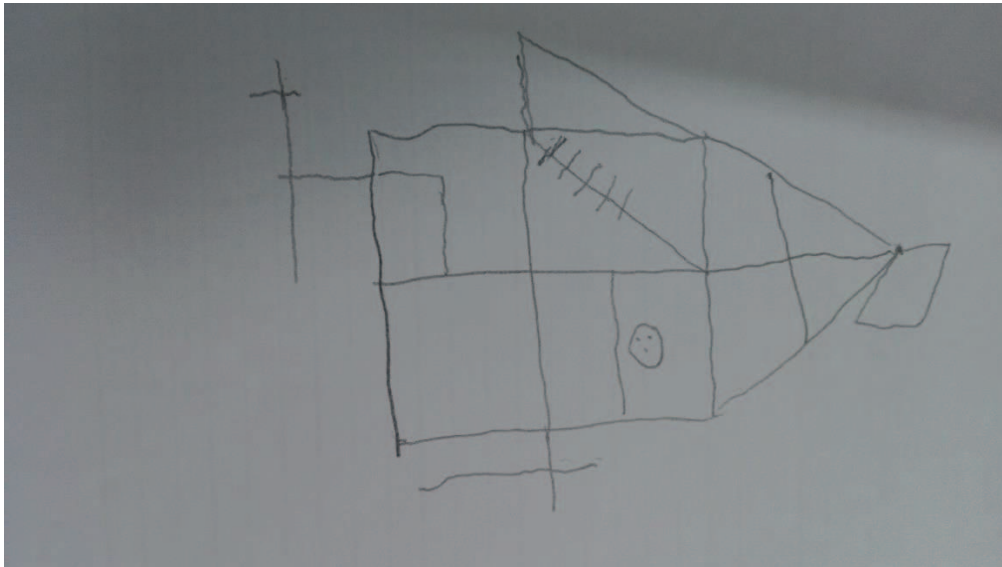


Figura 7 Memória da Figura Complexa de Rey - março de 2015

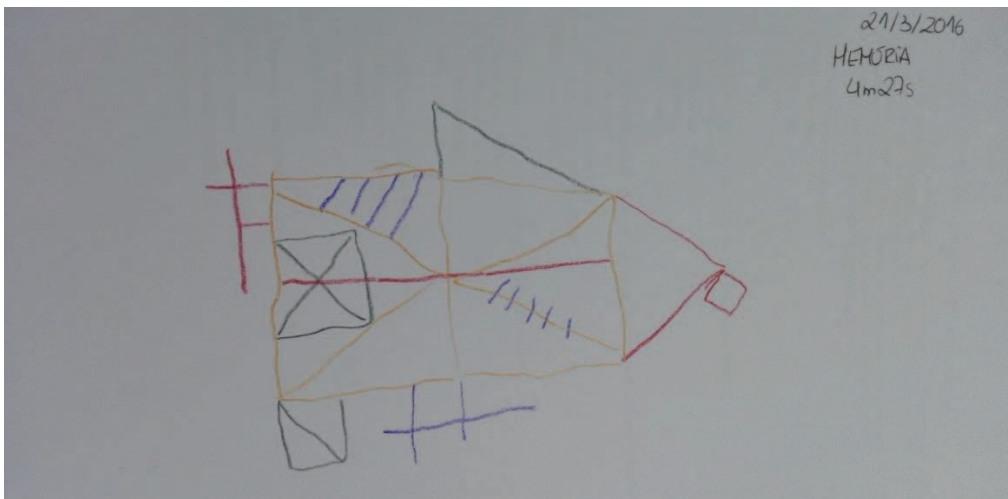


Figura 8 Memória da Figura Complexa de Rey - março de 2016

Nas duas realizações da Figura Complexa de Rey através da memória, é possível notar que existem em ambas omissões de vários elementos da figura, mas mesmo assim é visível a melhoria no que se refere à memorização de um maior número de elementos e posicionamento correto. Neste caso é possível dizer que existiu uma melhoria ao nível da memória visual.

Reflexão da Avaliação Neuropsicológica

Na primeira avaliação efetuada, E na maioria das avaliações cognitivas já demonstrava encontrar-se dentro da média e nas capacidades cognitivas em que isso ocorreu conseguiu manter os valores. Em relação aos casos em que apresentava resultados abaixo da média, como no MoCA houve uma melhoria significativa, o que demonstra a influência do treino cognitivo em pacientes após lesão cerebral, tanto para a manutenção como para a evolução. Os únicos resultados que continuaram a demonstrar défice foram os do *Token Test*, demonstrando possíveis dificuldades de compreensão da linguagem, o que também pode dever-se ao excesso de confiança apresentado durante a resolução deste teste, dando origem a uma postura com menor atenção durante o procedimento do *Token Test*, já que durante as sessões de treino cognitivo não aparentava dificuldades de compreensão de linguagem.

Intervenção

Objetivos da Intervenção

Tal como no caso descrito anteriormente, foram elaborados objetivos através da GAS por toda a equipa técnica e posteriormente discutidos com o paciente de modo a haver um acordo acerca dos seus objetivos de reabilitação. Um dos objetivos principais neste caso passa pela aprendizagem de estratégias de autocontrolo de modo a ter a possibilidade de conseguir gerir as emoções e o seu comportamento agressivo, sendo que as estratégias passariam pela aplicação de técnicas de relaxamento, o reconhecimento dos estímulos “gatilho” e a sua antecipação e ainda o treino relativamente à sua atenção seletiva de modo a focar-se numa tarefa e dessensibilizar-se do ruído do ambiente. Os objetivos específicos estão representados na Tabela 8.

Tabela 8 – Objetivos de reabilitação de E

Objetivo específico: Gestão das expectativas da ideia de cura - Aceitação das limitações consequentes à lesão cerebral e elaboração de um projeto de vida ativa gratificante.	
+2	Está focado nas suas competências e elabora objetivos atuais adequados à sua condição funcional
+1	É capaz de identificar as suas capacidades/competências e as estratégias de compensação das dificuldades.
0	Demonstra a aceitação das limitações atuais através do uso adequado das estratégias de compensação.
-1	Está focado nas dificuldades, mas apresenta adesão e compromisso com o programa de reabilitação.
-2	Está focado nas dificuldades, apresenta fraca adesão ao programa de reabilitação e às sugestões da equipa técnica.
Objetivo específico: Usar as estratégias de autocontrolo para gerir a irritabilidade	
+2	Usa as estratégias de autocontrolo de forma sistemática e só raramente (uma vez por semana), tem comportamentos bruscos/agressivos.
+1	Põe em prática as estratégias de autocontrolo em contexto familiar e, consegue controlar a irritabilidade algumas vezes.
0	Põe em prática as estratégias de autocontrolo no contexto de grupo, e na maioria das vezes, consegue controlar a irritabilidade.
-1	Por vezes (max. uma vez por dia) apresenta irritabilidade no contexto de grupo.
-2	Apresenta frequentemente (várias vezes ao dia) irritabilidade no contexto de grupo.

Tal como no caso de D, o caso de E tem como objetivo a reintegração no mundo laboral e conseguir recuperar ao máximo as suas capacidades físicas e cognitivas de modo a possibilitar a reinserção profissional.

Inicialmente, apresentou as diversas problemáticas que tinha como objetivos principais para recuperação, sendo elas a funcionalidade da mão direita e a fluência da fala.

Logo no início do programa expressou que o seu objetivo era recuperar a 100%, do qual não desistiria até o alcançar. Tendo em consideração que se trata de uma expectativa irrealista e que poderia pôr em causa o processo de reabilitação quando confrontado com a sua incapacidade de recuperação total, este assunto foi discutido em várias sessões de psicologia, de modo a gerir as expectativas relativamente à cura, começando por não se focar nas suas limitações, mas sim nas conquistas alcançáveis que ia atingindo diariamente,

elaborando objetivos relativamente à sua condição atual sem utilizar como base de comparação as suas funcionalidades antes do AVC. Ao longo do percurso foram notórias as alterações no discurso de E, deixando de se focar na recuperação a 100% e passando a focar-se nas suas melhorias e integrando a ideia que apesar da vida futura ser diferente da passada, esta poderia ser igualmente gratificante.

A problemática de foco para E, consistia na sua fácil irritabilidade. No seio familiar, reconhece que se irrita com facilidade (mesmo não querendo). Devido à ocorrência do AVC sentia que se iria tornar numa pessoa melhor, mas com os episódios de irritabilidade começou a aperceber-se que não, pois acabava por descarregar as suas frustrações nos familiares mais próximos (esposa e filha). Reconhecendo a sua problemática, mostrou-se disposto a preencher as lacunas deste comportamento, pois apresentava consciência de quais os estímulos “gatilho” que o irritavam.

Inicialmente, a abordagem passou por perceber quais seriam os estímulos “gatilho” subjacentes aos episódios de irritabilidade. Os maiores estímulos passavam pelo barulho (ex: máquina de lavar, música muito alta); críticas mal formuladas; quando era contrariado e ainda a falsidade das pessoas. Perante estas situações, tinha tendência a afastar-se, acabando por se isolar, não sendo a melhor estratégia, pois estava a criar complicações no relacionamento com a esposa.

E diz que em casa tenta desvalorizar os pormenores para não estar irritado, mas a esposa sente que desvaloriza tanto que se isola apenas no mundo dele, que qualquer coisa que seja dito por ela é motivo para ele se aborrecer. A esposa relata também que como E é muito orgulhoso, é capaz de passar dias sem lhe falar, amuado, sentindo-se “*sempre atacada sem qualquer gesto de carinho*” (sic). E acaba por admitir que a sua revolta advém do facto de a esposa desvalorizar o seu esforço, dizendo que ele é preguiçoso e que não se esforça para melhorar fisicamente, mais especificamente ao nível da mão direita.

De forma a diminuir estado de tensão e irritabilidade provocada por estas situações, considerou-se que técnicas de relaxamento poderiam ajudar E a acalmar-se nas diferentes situações, e evitar o isolamento e os conflitos que dele advém. A utilização de técnicas de relaxamento em pacientes que sofreram AVC tem demonstrado resultados na redução de ansiedade (Kneebone, Walker-Samuel, Swanston & Otto, 2014; Golding, Kneebone & Fife-Schaw, 2016), as técnicas foram aprendidas nas sessões com a terapeuta ocupacional por

isso mesmo, não foi necessária a sobreposição. Além disso, quando reunidos os dois foi-lhes referido que teriam de se focar mais nas pequenas conquistas físicas e cognitivas de E e menos nas limitações ainda existentes.

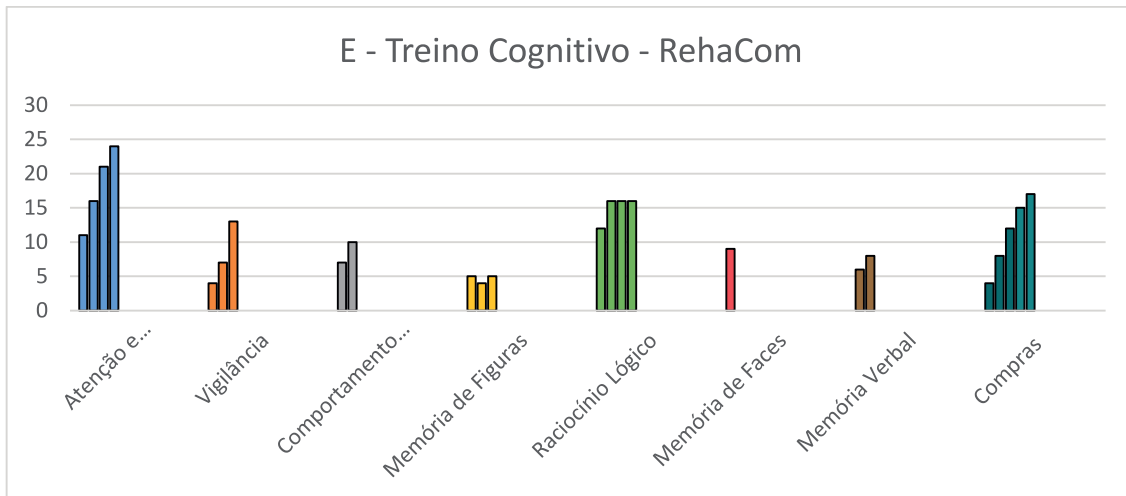
Existiam também alguns conflitos com a filha, que segundo os pais tem uma personalidade “difícil” e é sempre do “contra” (sic). Inicialmente a filha não conseguia entender as dificuldades a que E estava sujeito não aceitando sinais de autoridade da sua parte e ao facto de a mãe ter de dividir a atenção pelos dois. Para E, a resolução desta situação passou por nos “momentos de ternura com a filha, reforçar o amor da relação pai-filha, relembrando o facto que os pais é que tem o dever de exercer autoridade” (sic).

Ao longo das sessões com a presença dos dois foi visível a melhoria da relação.

A empresa em que se encontrava a trabalhar apresenta-se disponível para o retorno de E para o seu cargo, o qual ocupava há 17 anos. E demonstra-se aberto à possibilidade de voltar, porque se sentia bem a nível profissional, mas no momento sentia que ainda era muito precoce e não tinha capacidades para voltar a essa rotina, pois admite que o trabalho sempre lhe trouxe muito stress e como parte da sua profissão era realizada através da fala, sente que ainda não está suficientemente recuperado para tal. A esposa e a mãe de E apresentam-se apreensivas devido ao stress que o trabalho lhe costumava causar e temem a possibilidade da ocorrência de outro AVC. E admite que sempre teve uma boa relação com o patrão, mas sempre se apercebeu que uma das filhas do patrão queria o cargo que ocupava, o que aplicava maior pressão sobre si mesmo, já que ela tentava passar a imagem que E não fazia nada, mas o patrão ia desvalorizando.

Treino Cognitivo (RehaCom®)

Gráfico 2 – Resultados do Treino Cognitivo de E no RehaCom®



E sempre apresentou grande motivação para a elaboração dos exercícios do treino cognitivo. No gráfico apresentado é possível observar que na maioria dos exercícios obteve uma evolução favorável. O que estabilizou mais foi no raciocínio lógico em que tinha de completar uma sequência que variava em forma, cor e tamanho, por vezes tinha lapsos de memória de conclusões às quais já tinha chegado, como por exemplo já sabia qual seria a cor da resposta, mas ao tentar perceber qual seria a forma esquecia-se da cor, acabando por dar respostas à sorte. Foi-lhe dado o plano alternativo de ir apontando as suas conclusões, e apesar de inicialmente se mostrar um pouco reticente acabava por ser a melhor solução. Os exercícios que envolviam memória era onde E demonstrava mais dificuldades. O uso do programa RehaCom® para reabilitação cognitiva em pacientes com AVC demonstrou resultados de melhoria ao nível da memória (Fernández, et al. 2012; Cho, Kim & Jung, 2015).

Treino Cognitivo de Mesa

Nas atividades de treino cognitivo de mesa, quando eram apresentadas maiores dificuldades, ainda se debatia antes de pedir ajuda e quando apresentados planos alternativos para a resolução de problemáticas ia demonstrando alguma rigidez querendo sempre conseguir sem ajuda, o que por vezes se revelava um entrave, noutras vezes demonstrou ser uma mais-valia esta persistência para conseguir a resolução. Na resolução

dos diversos exercícios de papel e lápis tinha bons resultados e tentava sempre ajudar os colegas com dificuldades.

Reflexão Caso E

E estando ainda nos primeiros anos de recuperação, a sua evolução e manutenção de capacidades demonstrou a importância da existência da reabilitação no período agudo. As melhorias ao nível do funcionamento cognitivo e estado de humor acabam por ser mais favoráveis quanto mais cedo os pacientes forem envolvidos no programa (Caracuel et al., 2012).

A sua excelente capacidade crítica e reconhecimento das suas limitações e dificuldades foram uma mais-valia para a sua reabilitação, ao ter consciência dos seus problemas mais facilmente se mostrava disponível para a mudança.

O facto da maioria da funcionalidade do programa ser em grupo, deu a oportunidade de E aplicar as suas estratégias para evitar os momentos de irritabilidade.

Nos diferentes aspetos tanto a nível físico como cognitivo, o programa foi benéfico para E. Neste momento ainda não estaria no total das suas capacidades para regressar ao mundo do trabalho, mas sim para ingresso num curso para reforçar e atualizar conhecimentos.

Reflexão Final

Na finalização deste percurso, é essencial refletir sobre a importância desta experiência no percurso profissional da estagiária, que se tornou gratificante não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

No começo deste percurso eram muitas as dúvidas, inseguranças e ansiedade por ser uma nova fase repleta de desafios e obstáculos, estando perante um programa que tinha na sua constituição um diverso número de atividades a nível individual e coletivo.

A fase inicial do percurso passou pela observação das diferentes atividades de diferentes áreas, que permitiu deste modo uma maior adaptação ao trabalho desenvolvido pelo Centro. Rapidamente o papel de observação passou para um papel mais autónomo sempre com o acompanhamento da orientadora Dr.ª Sandra que transmitia sempre segurança e confiança no trabalho desenvolvido.

Um dos maiores desafios consistia na orientação de atividades de grupo. O início do percurso passou pela observação dos treinos cognitivos (computador e de mesa) que também foi o primeiro desafio da estagiária a solo com um pequeno grupo. Os maiores obstáculos evidenciam-se no controlo das diferentes personalidades e dificuldades expostas no mesmo grupo para exercícios semelhantes e ainda manter a motivação dos elementos do grupo mesmo na ocorrência de erros. Apesar de este inicialmente ser um dos obstáculos mais temidos, acabou por ser uma das atividades mais gratificantes. Numa fase preliminar a orientadora dava indicações sobre que exercícios deviam ser elaborados com os pacientes nos diferentes tipos de treino cognitivo, com o passar das sessões e com o maior conhecimento dos pacientes, a estagiária começou a tomar liberdade para dar as suas próprias propostas de exercícios adaptados a cada paciente.

As sessões de psicologia, tal como as outras sessões, começaram por observação, foi iniciado o trabalho sozinho nestas sessões com o treino para as atividades de Relações Interpessoais e mais tarde, começou a ser efetuada a psicoterapia pela estagiária com orientação antes e depois de cada sessão. No início existia o medo do controlo do tempo e conseguir estender o trabalho pela hora completa de sessão, mas com a prática essa ansiedade foi se dissipando dando lugar a uma maior segurança.

As sessões efetuadas em grupo como a Orientação, Relações Interpessoais demonstraram a importância da existência das sessões em grupo em casos em que existem diferentes

pessoas com semelhantes problemáticas que se podem inspirar noutros casos ou servir de inspiração para eles mesmos e ainda a observação dos comportamentos de cada elemento do grupo a nível social.

Nunca é demais evidenciar a motivação para a autonomia que a Dr.^a Sandra propôs desde uma fase precoce do estágio, o que deu motivação para a estagiária cada vez trabalhar mais, de forma a se sentir mais motivada e segura do seu trabalho.

A observação das sessões orientadas pela terapeuta ocupacional Andrea, ofereceu a possibilidade de entender a importância do trabalho multidisciplinar da equipa e da integração das diferentes áreas nas diferentes sessões e ainda a observação das diferenças de comportamento na presença dos diferentes profissionais.

Para finalizar, desde cedo que o objetivo era no futuro fazer parte integrante de uma equipa de reabilitação neuropsicológica, esta experiência acabou por tornar ainda mais evidente o gosto por esta área da psicologia e reforçar a importância da psicologia nesta área. Já dizia Confúcio "*Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.*", e ao longo destes 6 meses foi esse o sentimento, independentemente de ter de acordar e ainda ser noite ou chegar a casa sem forças, o dia terminava sempre com o sentimento de dever cumprido e todas as dúvidas que surgiram ao longo do curso se seria este o caminho certo, acabaram por se dissipar.

Bibliografia

Alfano, D.P. & Finlayson M.J. (1987) Clinical Neuropsychology in Rehabilitation, *Clinical Neuropsychologist*. 1 (2), 105-123.

Almeida, I., et al. (2015) Impacto de um Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica na Qualidade de Vida de Pessoas com Lesão Cerebral Aquirida. *Psychologia*. 28(2), 61-74.

Barry, P. & O'Leary J. (1998) Roles of Psychologist on a Traumatic Brain Injury Rehabilitation Team. *Rehabilitation Psychology*. 34 (2), 83-90.

Bateman, A. (2014) On Holistic NeuroPsychological Rehabilitation: a Perspective from Oliver Zangwill Center. *Brain Injury*. vol 11 (2), 8-10.

Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of Holistic Neuropsychological Rehabilitation.: Outpatient Rehabilitation of Traumatic Brain Injury*. Oxford: Oxford University Press.

Caplan, B. (1982) Neuropsychology in Rehabilitation : its Role in Evaluation na Intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 63 (8), 362-366.

Caracuel, A., et al. (2012) Effectiveness of Holistic Neuropsychological Rehabilitation dor Spanish Population with Acquired Brain Injury Measured using Rasch Analysis. *NeuroRehabilitation*. 30 (1), 43-53.

Cho, H.Y., Kim, K.T., & Jung, J.H. (2015) Effects of Computer Assisted Cognitive Rehabilitation on Brain Wave, Memory and Attention of Stroke Patients : A Randomized Control Trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(4), 1029-1032.

Fernández, E., Bringas, M.L., Salazar, S., Rodriguez, D., García, M.E. & Torres, M. (2012) Clinical Impacto f RehaCom Software for Cognitive Rehabilitation of Patients with Acquired Brain Injury. *MEDICC Review*, 14(4), 32-35.

Guerreiro, S. (2014) *Avaliação dos Impactos de um Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica: Medidas de Ativação Cerebral, Funcionamento Cognitivo, Estabilidade Emocional, Funcionalidade e Qualidade de Vida*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.

- Golding, K., Kneebone, I. & Fife-Schaw, C. (2016) Self-help Relaxation for Post-Stroke Anxiety: A Randomised Controlled Pilot Study. *Clinical Rehabilitation*, 30(2), 174-180.
- Kneebone, I., Walker-Samuel, N., Swanston, J. & Otto, E. (2014) Relaxation Training after Stroke: Potential to Reduce Anxiety. *Disability and Rehabilitation*, 36(9), 771-774.
- Leitão A. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Lisboa.
- Sarajuuri, J.M. & Koskinen S.K. (2006) Holistic neuropsychological rehabilitation in Finland: The INSURE program—a transcultural outgrowth of perspectives from Israel to Europe via the USA. *International Journal of Psychology*. vol 41 (5), 362-270.
- Nehra, A., Bajpgi, S., Sinha, S. & Khandelwal S. (2014) Holistic Neuropsychological Rehabilitation: Grief Management in Traumatic Brain Injury. *Annals of Neurosciences*. vol 21 (3), 118-122.
- Tsouna-Hadjes, E., Vemmos, K.N., Zakopoulos, N. & Stamatopoulos, S. (2000) First-Stroke Recovery Process: The Role of Family Social Support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 81(7), 881-887.
- Yoo, C., Yong, M., Chung, J. & Yang, Y. (2015) Effect of Computerized Cognitive Rehabilitation Program on Cognitive Function and Activities of Living in Stroke Patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(8), 2487-2489.
- van der Waldt, J. & Mothabeng, J. (2009) Family involvement in the Rehabilitation of a Stroke Patient – (A Case Report). *Nigerian Journal of Medical Rehabilitation*, 14(1), 31-3
- Wilson, B.A., Gracey, F., Evans, J.J. & Bateman, A. (2009) *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge: Cambridge University Press.

Anexo A – Exercícios criados para o treino cognitivo

A1. Exercícios de memória com números e letras

Após ser ditada cada sequência de números ou letras, escrever pela mesma ordem ou ordem contrária (conforme pedido).

2 - 3 - 5 - 8

1 - 4 - 7 - 8

9 - 3 - 2 - 6

10 - 3 - 7 - 2

9 - 0 - 11 - 1 - 2

16 - 3 - 9 - 6 - 8

2 - 17 - 5 - 1 - 4

8 - 5 - 12 - 7 - 6

7 - 14 - 1 - 9 - 13

A - 3 - 7 - 8

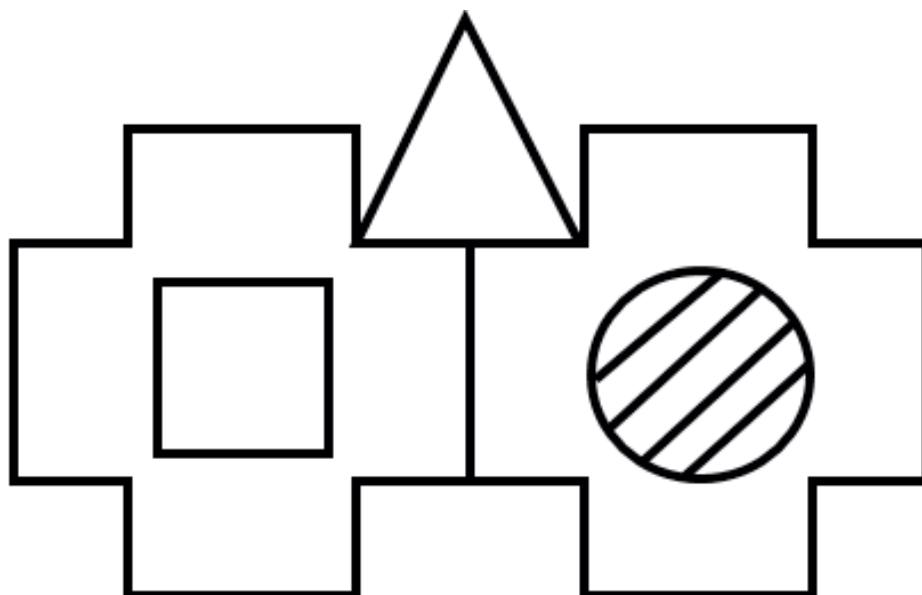
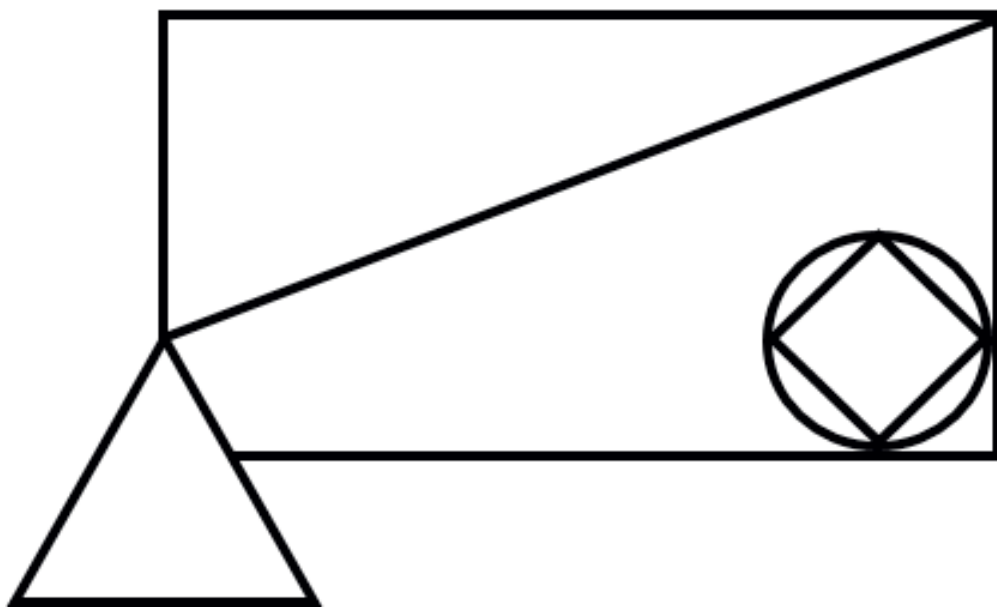
4 - 1 - C - 6

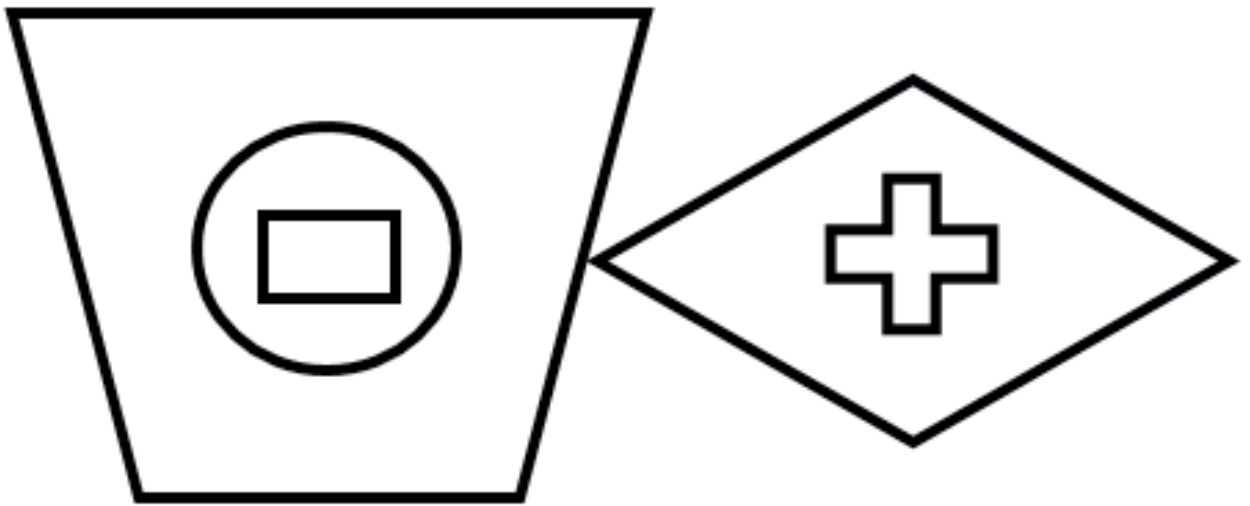
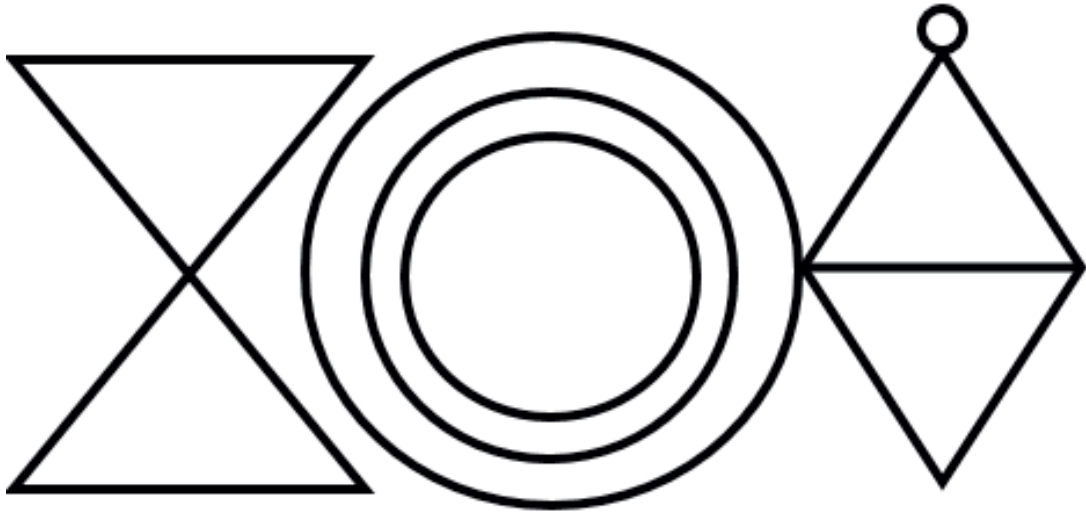
T - 8 - 2 - 9

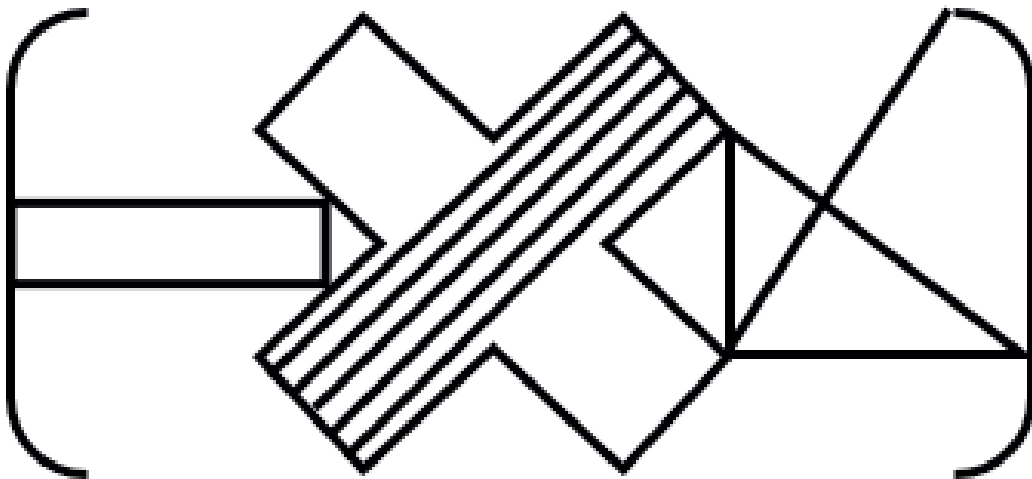
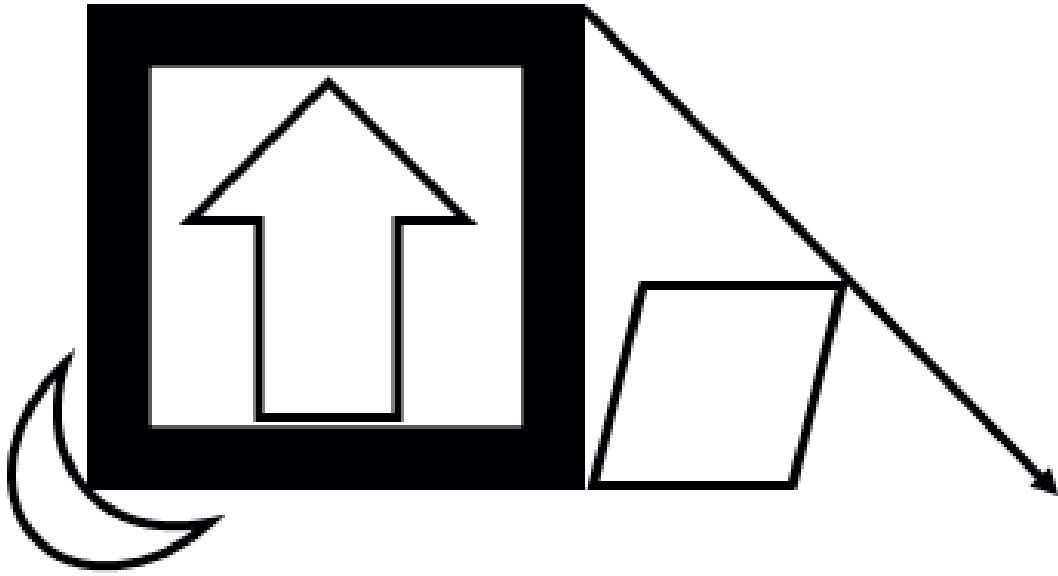
F - 1 - 6 - 3

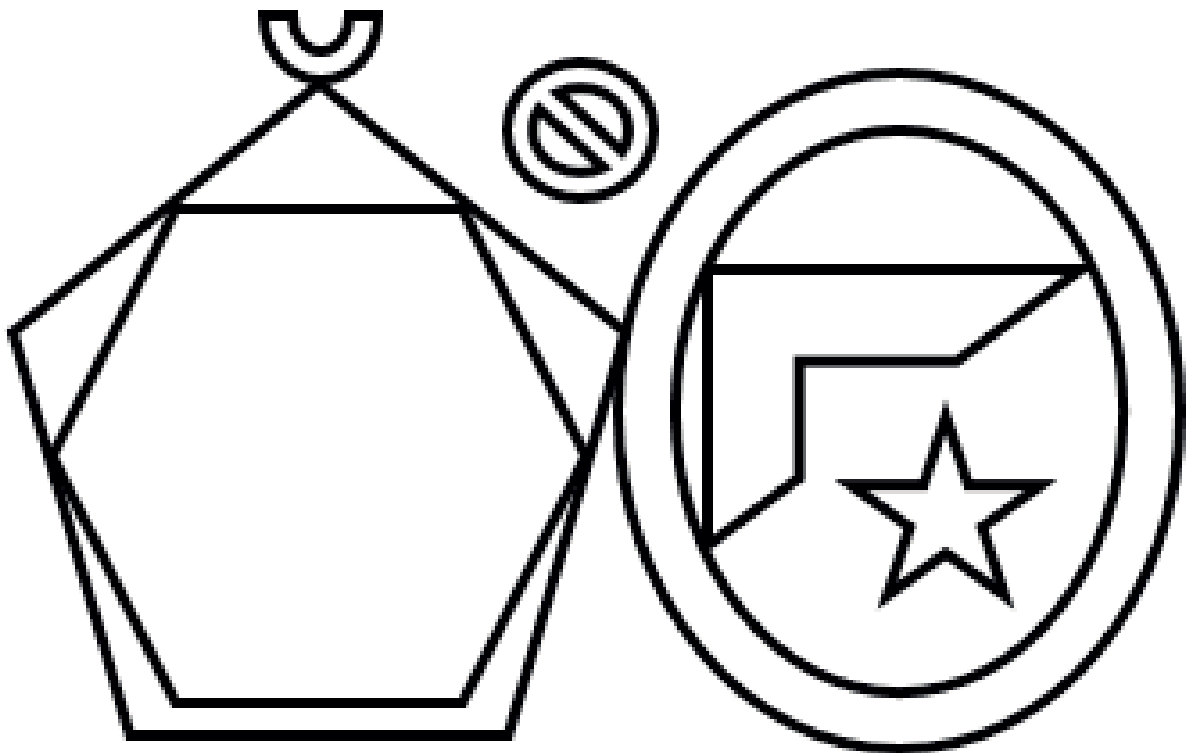
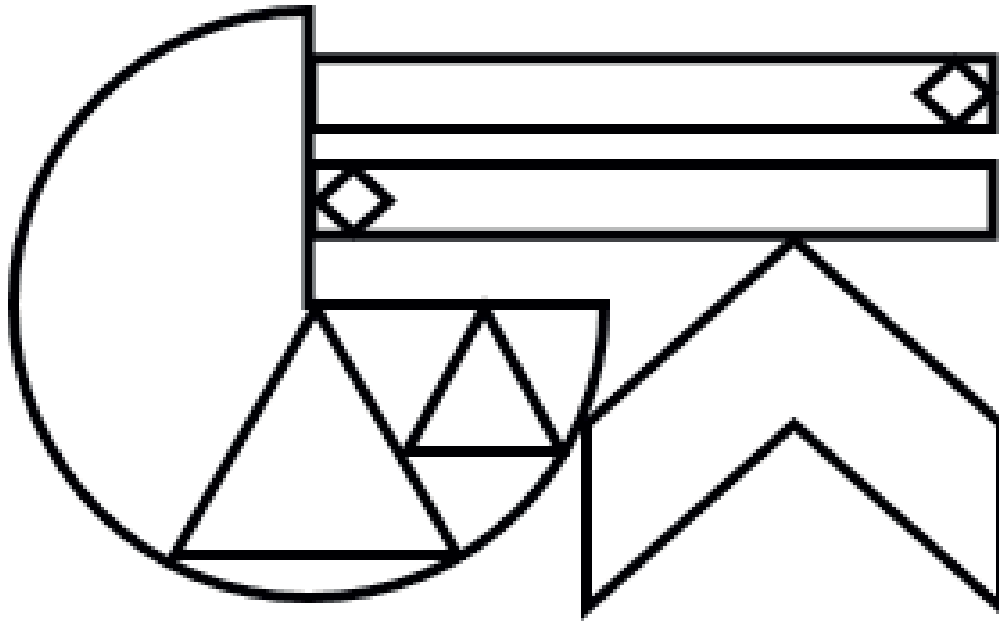
A2. Exercícios de memória com imagens

Após a observação das imagens (disponibilizadas em cartões) tentar reproduzir o mais aproximadamente possível, sem consultar novamente a imagem.









A3. Exercícios de raciocínio lógico e cálculo

Complete as sequências:

Complete as sequências.

6	2	9	3	12	4		
43	39	35	31	27	23		
13	14	18	9	23	4		
25	2	32	2	39	2		
14	16	18	20	22	24		
47	57	68	80	93	107		
215	208	201	194	187	180		
95	45	87	40	79	35		

A	6	C	9	E	12		
H	103	F	97	D	91		
99	86	73	60	47	34		
37	6	111	6	333	6		
C	D	G	H	K	L		
B	E	H	K	N	Q		
12	V	60	R	300	N		
15	D	45	J	135	P		

A4. Exercícios de cálculo

Resolva as seguintes equações.

$45 + 30$	
$23 + 77$	
$68 + 28$	
$13 + 89$	
$36 + 12$	
$86 - 35$	
$97 - 21$	
$73 - 39$	
$46 - 14$	
$82 - 15$	
45×3	
72×4	

66×5	
94×7	
12×9	
$148 + 785$	
$853 + 213$	
$957 + 432$	
$876 + 745$	
$637 + 846$	
$475 - 285$	
$836 - 383$	
$735 - 166$	
$936 - 623$	
$573 - 487$	

35×22	
75×46	
90×67	
39×58	
22×67	
$1734 + 2846$	
$8336 + 9427$	
$3752 + 5399$	
$8346 + 6345$	
$1433 + 4547$	
$6425 - 3275$	
$8375 - 3490$	
$7364 - 6335$	

$3746 - 2689$	
$1738 - 1265$	
893×71	
545×27	
124×765	
$853 + 213$	
$957 + 432$	
$876 + 745$	
$637 + 846$	
$475 - 285$	
$836 - 383$	
$735 - 166$	
$936 - 623$	

$573 - 487$	
735×73	
826×59	
324×44	
645×83	
790×51	

A5. Exercícios de memória com letras

Após ser ditada cada sequência de letras, escrever pela mesma ordem ou ordem contrária (conforme pedido).

M – H – I

T – V – U

E – B – O

D – Q – P

A – J – E

R – U – I – L

D – G – L – A

C – J – U – S

T – A – X – Z

I – Q – W – E

P – O – T – G – K – L

D – B – X – D – L – C

S – P – U – B – H – J

R – E – U – N – A – P

O – F – H – I – M – V

A6. Exercícios de atenção.

Encontre a sequência **937**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

4	7	4	8	1	5	8	3	0	3	8	4	7
2	8	9	3	7	3	5	5	8	5	9	1	2
5	1	6	3	3	5	9	8	4	8	3	3	6
6	3	5	2	3	9	7	5	3	5	7	2	7
7	9	4	7	9	3	6	9	3	7	4	9	5
3	3	4	9	0	7	4	6	3	6	3	1	2
7	7	3	3	2	4	5	7	9	7	9	0	4
8	7	1	7	4	9	0	6	3	6	3	6	2
2	5	8	0	3	2	5	1	7	4	7	0	9
6	0	1	2	6	9	3	7	2	1	4	7	6
5	3	6	7	3	2	4	7	4	2	2	8	8
6	9	5	9	5	3	2	0	5	0	5	1	9
7	3	9	3	7	9	3	5	6	9	6	2	3
8	7	3	6	8	7	8	0	4	2	8	1	7
1	9	0	3	0	6	9	9	3	7	9	3	3
4	6	4	2	1	2	3	9	0	3	7	4	2
6	0	3	1	2	5	7	5	3	5	4	6	8
9	7	2	3	4	2	5	6	5	7	5	9	9
3	4	8	7	6	5	7	8	6	8	6	0	1
7	3	9	3	7	9	0	2	7	2	7	5	2
6	5	1	3	6	3	4	3	8	3	9	3	7
7	9	7	4	3	7	7	1	0	1	0	2	3
9	3	3	5	2	9	3	7	7	2	9	0	6
0	2	3	7	4	5	2	6	3	6	3	7	7
2	4	5	9	6	4	7	1	2	7	9	3	7
3	9	3	7	8	3	9	3	4	8	6	3	2
4	8	5	7	9	4	0	3	8	3	8	1	7

Encontre a sequência 583. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

1	8	3	4	3	8	2	9	0	3	8	4	5
2	9	8	3	9	6	9	4	7	5	9	8	2
8	2	5	6	5	8	3	7	4	8	3	3	6
6	4	8	8	3	3	1	2	2	5	7	2	7
2	6	3	4	1	6	0	9	3	7	5	8	3
3	7	1	3	2	9	8	6	1	6	3	4	2
4	5	2	5	5	7	9	8	5	7	9	0	8
8	8	0	2	8	2	5	8	4	6	1	2	9
2	6	7	6	5	3	8	2	5	8	3	0	2
5	8	3	8	8	4	3	3	5	2	4	6	5
2	4	5	5	5	8	6	1	2	9	1	2	8
7	0	4	8	7	6	5	8	3	8	5	5	9
9	4	8	3	5	8	8	2	6	3	6	2	3
4	8	2	1	3	9	4	8	5	8	3	1	7
1	0	9	6	2	8	5	1	8	7	9	3	2
5	8	3	8	6	6	7	9	3	5	3	4	5
5	1	2	9	4	8	9	5	8	6	4	8	0
7	8	1	0	6	5	2	3	5	7	5	9	7
4	5	7	4	8	1	3	8	6	8	6	9	2
8	4	8	2	1	9	0	5	8	3	4	1	2
0	6	0	1	2	6	5	3	4	1	9	3	7
1	0	6	5	8	3	8	9	0	3	0	8	0
9	4	2	8	4	3	3	2	7	2	2	6	6
0	1	9	2	6	8	5	3	3	6	3	7	7
5	8	3	0	8	7	7	1	2	7	9	8	5
6	0	2	5	0	6	6	2	5	8	3	3	8
8	9	4	8	2	7	0	3	8	3	8	1	3

Encontre a sequência **142**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

1	8	3	4	3	8	2	1	0	3	1	4	5
2	4	8	3	9	6	9	4	7	5	9	4	2
8	2	1	4	2	8	3	3	4	8	3	3	2
6	4	8	8	3	3	1	2	8	4	6	0	7
2	6	3	4	9	6	0	9	3	7	5	8	3
1	7	1	3	1	9	8	6	1	6	3	4	2
4	5	2	5	6	4	9	8	5	7	9	0	8
2	8	0	2	8	2	2	0	4	6	1	2	9
2	6	7	1	5	3	8	2	5	8	4	0	2
5	8	4	8	3	0	2	3	7	2	2	6	5
6	2	5	4	5	8	6	1	2	9	1	2	8
7	0	2	8	2	1	4	2	3	8	5	5	9
9	4	8	3	6	8	5	2	4	3	6	2	3
4	8	1	1	3	2	0	8	5	2	3	1	7
1	0	4	6	2	4	5	1	8	7	9	3	2
5	8	2	8	6	3	7	9	3	5	3	4	5
5	1	2	9	1	8	9	5	8	6	1	8	1
7	8	1	0	6	4	6	1	4	2	5	4	4
4	5	7	4	8	1	2	8	6	8	0	9	2
8	4	8	2	4	9	0	5	8	3	4	1	2
0	6	0	2	8	6	5	3	8	1	9	3	7
1	4	2	5	9	3	8	9	4	3	0	8	0
9	8	2	8	4	9	8	2	7	0	5	3	6
0	1	9	1	6	8	5	3	0	6	3	7	2
5	8	3	0	4	6	7	8	2	7	9	8	5
6	0	2	5	0	2	6	9	4	8	6	3	8
8	9	4	8	1	4	2	3	8	3	8	1	3

Encontre a sequência **736**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

7	4	3	4	3	3	3	6	7	3	4	6	3
6	7	4	3	7	6	7	4	4	7	6	4	7
3	6	7	4	3	3	4	3	6	6	3	3	6
4	7	7	6	6	3	6	2	3	4	6	4	7
7	3	4	4	4	6	3	7	4	7	4	7	3
6	7	4	3	7	7	4	3	7	6	3	4	6
3	4	6	4	3	3	4	6	3	7	7	6	3
4	6	7	7	4	6	3	4	4	6	1	3	4
4	7	3	6	4	3	7	7	6	7	4	7	3
7	3	4	7	3	6	3	3	7	6	3	6	6
6	7	3	4	7	7	6	4	4	7	7	3	4
7	3	6	3	4	3	4	4	3	7	4	7	3
4	7	3	3	6	4	7	3	7	4	6	3	3
7	3	7	3	6	7	3	6	4	4	3	4	7
3	4	3	6	7	4	4	4	5	7	7	3	6
4	8	7	4	6	7	7	6	3	4	3	4	4
7	7	4	3	4	3	4	3	6	6	1	7	3
7	6	4	4	6	4	6	7	3	7	4	6	7
3	4	6	3	4	3	4	4	6	6	3	7	4
6	7	7	4	4	7	7	3	7	3	4	4	3
4	3	3	7	4	6	6	3	7	6	7	3	7
7	4	3	4	7	3	7	4	6	3	4	4	3
6	4	7	3	4	6	7	6	7	4	3	3	6
4	3	7	7	6	7	4	4	6	6	3	7	7
4	6	3	4	4	6	7	6	3	7	7	3	3
6	7	3	6	6	6	6	3	4	4	6	3	4
7	6	4	3	3	4	3	4	7	3	3	7	3

Encontre a sequência 271. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

1	7	3	4	3	8	2	1	7	6	7	4	8
2	4	8	3	9	6	9	4	3	3	4	3	3
8	2	1	4	2	8	3	3	6	3	6	2	2
6	4	8	8	3	3	1	2	4	6	3	7	1
2	6	3	4	9	6	0	9	7	7	4	3	4
1	7	1	3	1	9	8	6	3	3	4	6	0
4	5	2	4	3	3	4	6	4	6	3	4	2
2	7	1	7	4	6	3	4	4	3	7	7	0
1	6	7	6	4	3	7	7	3	6	3	3	6
5	8	4	7	3	6	1	3	7	7	6	4	2
6	2	5	4	7	7	6	4	4	3	4	4	5
7	0	2	3	4	3	4	4	6	4	7	3	2
9	4	7	3	6	4	7	3	6	7	3	6	1
4	8	1	3	6	7	3	6	7	4	4	4	3
1	0	4	6	7	4	4	4	6	7	7	6	4
5	8	2	4	6	7	7	6	4	3	4	3	8
5	1	2	4	3	3	4	2	6	4	6	7	9
7	8	1	8	9	3	7	3	4	3	4	4	9
4	5	7	1	6	3	3	5	4	7	7	3	1
8	4	8	3	5	2	3	2	4	6	6	3	3
0	6	0	9	4	7	9	3	7	3	7	4	8
1	4	2	3	4	9	0	7	7	6	7	4	6
9	8	2	7	3	3	2	4	3	3	4	3	6
0	1	9	7	1	7	4	9	6	3	6	2	2
5	8	3	5	8	0	3	2	4	6	3	7	5
6	0	2	0	1	2	6	9	7	7	4	3	8
8	9	2	7	1	7	3	2	3	3	4	6	3

Encontre a sequência **195**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

1	3	1	2	7	1	2	1	0	3	1	4	5
6	4	8	3	1	5	5	6	1	9	5	4	2
4	4	2	6	3	6	2	4	4	8	3	3	2
7	3	8	7	8	3	1	7	8	4	6	0	1
3	6	1	8	1	9	9	3	3	7	5	8	9
4	4	9	3	5	3	5	4	1	6	3	1	5
7	6	5	8	6	4	8	7	5	7	9	0	8
4	2	7	1	7	5	9	1	9	5	1	2	9
7	3	1	9	5	6	9	7	5	8	4	0	2
3	5	5	8	3	4	1	3	7	2	2	6	5
3	2	3	4	1	9	3	3	2	9	1	2	8
9	3	7	0	3	0	1	9	3	8	9	5	9
7	1	5	3	8	2	5	9	7	3	5	2	3
4	8	3	0	2	3	7	2	5	2	3	1	7
5	4	5	1	6	1	2	9	5	7	9	3	2
2	8	2	9	4	2	3	8	2	5	3	4	5
8	3	6	5	5	2	4	3	8	6	1	8	1
1	1	3	2	0	8	5	1	9	5	5	4	4
4	6	2	4	5	1	8	7	4	8	0	9	2
2	8	6	3	7	9	3	5	2	1	4	1	2
2	9	1	9	5	5	8	6	9	1	9	3	7
1	0	6	4	6	1	4	5	1	3	0	8	0
7	4	8	1	2	8	6	8	7	0	5	3	1
7	1	5	3	1	2	5	8	7	6	3	7	9
4	8	3	9	2	3	7	2	4	1	9	8	5
6	0	5	6	0	2	6	9	4	8	9	3	8
8	9	4	8	1	4	2	3	8	3	8	5	3

Encontre a sequência **BGF**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

A	N	P	U	W	I	A	B	U	P	A	M	F
J	G	H	B	G	B	G	F	H	Y	S	L	G
V	F	G	T	H	J	F	C	N	G	D	B	V
R	F	G	A	V	M	G	H	F	D	G	N	D
F	A	V	P	D	G	J	K	P	F	J	K	H
S	W	S	D	J	F	L	Q	G	C	K	O	Y
F	D	V	B	K	A	M	F	H	V	L	B	J
V	Y	B	F	S	I	N	B	G	F	Ç	J	K
E	H	G	L	L	U	U	D	K	A	Z	B	B
U	Y	F	M	Ç	P	H	R	L	D	G	V	Q
Q	T	L	B	H	J	T	Q	M	F	C	H	W
S	R	Ç	A	D	N	I	G	P	H	V	U	B
L	G	T	R	T	M	F	P	U	G	B	C	G
D	B	R	Q	Y	B	G	F	G	F	N	G	F
W	N	G	A	U	D	A	J	F	D	M	Y	O
C	M	I	F	P	S	G	H	D	T	Q	X	H
B	P	H	K	D	B	F	F	B	Y	W	D	F
D	E	J	C	S	W	T	R	G	I	E	T	D
Y	W	B	G	F	J	G	V	F	O	R	Z	V
T	R	T	J	I	K	H	N	V	P	B	G	F
F	T	U	L	O	W	J	M	B	Q	Y	R	V
S	B	Z	S	M	P	O	A	J	R	U	A	Z
F	G	P	Y	N	O	A	E	K	T	I	E	N
Q	F	E	I	T	B	Q	I	L	F	O	W	M
S	A	S	E	W	G	H	O	N	G	B	Q	K
C	D	Q	Q	O	F	M	U	B	V	H	G	L
V	G	A	B	F	W	N	G	M	H	D	N	F

Encontre a sequência **MJK**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

S	A	D	H	O	M	J	B	U	P	A	M	F
T	M	F	G	I	J	H	F	K	Y	S	L	G
E	B	J	F	J	K	K	C	L	G	D	Y	V
D	N	Q	K	H	D	L	H	M	J	K	E	D
V	G	W	V	G	C	J	K	A	F	J	S	H
C	H	P	B	F	V	A	Q	S	C	K	D	Y
U	I	F	N	V	G	M	F	C	V	M	J	K
O	O	D	M	B	J	Y	B	R	F	Ç	V	K
P	A	C	J	K	T	U	D	T	G	Z	G	B
X	L	V	K	N	Y	I	R	L	B	G	B	Q
C	Ç	N	R	H	U	O	Q	M	G	C	I	W
B	A	M	T	A	I	P	G	J	J	V	O	B
N	D	B	Y	R	O	L	P	K	G	B	C	G
M	L	V	U	T	P	Ç	F	G	F	J	P	F
F	J	G	I	Y	L	G	M	F	D	M	J	K
G	B	K	O	U	N	F	H	J	T	V	J	H
B	V	M	J	K	M	D	F	B	K	G	D	F
Q	D	R	G	H	D	S	R	G	I	F	T	D
H	S	W	V	G	S	D	V	F	O	M	Z	V
J	Q	O	C	I	M	E	N	V	P	J	G	F
L	E	P	D	J	Q	R	M	B	Q	K	R	V
Ç	R	U	K	K	D	T	A	J	R	G	A	Z
Q	U	T	N	L	R	Y	E	K	T	V	E	N
A	I	G	M	F	T	U	I	L	F	F	W	M
M	O	H	I	D	Y	I	M	J	K	V	Q	K
J	P	J	O	O	U	O	U	B	V	V	G	L
K	D	G	P	U	I	Q	G	M	H	D	N	F

Encontre a sequência **CFZ**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

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

Encontre a sequência **DHU**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

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

Encontre a sequência **271**. Pode encontrar na horizontal, vertical e diagonal.

1	7	3	4	3	8	2	1	4	7	5	9	8
2	4	8	3	9	6	9	4	7	4	2	3	3
8	2	1	4	2	8	3	3	2	2	5	7	2
6	4	8	8	3	3	1	2	7	3	7	5	1
2	6	3	4	9	6	0	9	1	1	6	2	4
1	7	1	3	1	9	8	6	8	5	7	9	0
4	5	2	4	3	3	4	6	8	1	6	1	2
2	7	1	7	4	6	3	4	2	5	8	3	0
1	6	7	6	4	3	7	7	3	5	2	4	6
5	8	4	7	3	6	1	3	1	2	7	1	2
6	2	5	4	7	7	6	4	8	3	1	5	5
7	0	2	3	4	3	4	4	2	6	3	6	2
9	4	7	3	6	4	7	3	8	7	8	3	1
4	8	1	3	6	7	3	6	1	8	1	9	3
1	0	4	6	7	4	4	4	9	3	5	3	4
5	8	2	4	6	7	7	6	5	8	6	4	8
5	1	2	4	3	3	4	2	7	1	7	5	9
7	8	1	8	9	3	7	3	8	6	8	6	9
4	5	7	1	6	3	3	5	5	8	3	4	1
8	4	8	3	5	2	3	2	3	4	1	9	3
0	6	0	9	4	7	9	3	7	0	3	0	8
1	4	2	3	4	9	0	7	2	1	2	2	6
9	8	2	7	3	3	2	4	5	7	9	3	6
0	1	9	7	1	7	4	9	0	6	3	2	2
5	8	3	5	8	0	3	2	5	1	7	8	5
6	0	2	0	1	2	6	9	3	1	2	3	8
8	9	2	7	1	7	3	2	4	7	4	1	3

Anexo B – Texto sessão final D

Título: Afasia

Nos primeiros dois anos após o AVC, conseguia dizer poucas palavras, mas conseguia compreender o que os outros me diziam. Tudo isto, fazia-me sentir triste porque queria conseguir explicar-me melhor, mas demorava muito tempo a dizer uma palavra que fosse. Então durante esses dois anos evitava falar com as pessoas porque elas achavam que eu era um incapaz.

Depois desses dois anos, comecei a sentir mais efeitos da terapia da fala, e por isso mesmo, falava pelos cotovelos, pois sentia-me muito mais confiante, e já não me sentia tão triste como nos dois primeiros anos.

Quando vim para o Centro, um dos meus principais objetivos era melhorar a minha comunicação. Através das diversas atividades do programa, consegui melhorar, mesmo ainda tendo algumas dificuldades, já consigo escrever e ler mais e falar melhor.

Estar integrado num grupo com quem me sinto à vontade para socializar também contribuiu para a minha melhoria em relação à fala.

Apesar de ter começado o programa já quase sem sequelas físicas, também consegui melhorar ao nível da força da mão direita.

Todas estas melhorias além de contribuírem para o meu bem-estar também irão contribuir para o meu futuro profissional.

Gostaria de agradecer à minha esposa por ter cuidado de mim quando eu não o conseguia fazer.

À minha filha agradeço por ter sido ela a razão que me deu força para lutar todos os dias, sem ela não estaria tão bem como estou hoje.

