



Verónica Sofia Pinto Rodrigues

Orientação: Dr.^a Ana Rita Pacheco e Dr.^a Sara Silva

Supervisão: Prof.^a Doutora Manuela Leite

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

2015-2016

Agradecimentos

O meu sincero agradecimento:

À Doutora Ana Rita Pacheco pela sua simpatia, paciência e disponibilidade sem fim.

À Doutora Sara Silva pela sua ética de trabalho e modelo profissional que representa.

À Doutora Manuela Leite por toda a sabedoria, empatia e recetividade transmitida.

Aos/as meus/minhas amigos/as que sempre me apoiaram.

Aos meus pais por todo o apoio e liberdade de escolha que me proporcionaram no decorrer da minha vida, para que seguisse e concretizasse todos os meus sonhos.

Ao João.

Índice de Abreviaturas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

B

BADS – *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*

C

CPM-P – Matrizes progressivas coloridas

CRN- Centro de Reabilitação do Norte

CRPG- Centro de Reabilitação

Profissional de Gaia

D

D2 – Teste de atenção

F

FCR – Figura complexa de Andres Rey

G

GAI – Inventário de Ansiedade

Geriátrica

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

H

HADS – Hospital Anxiety and

Depression Scale

I

IFS- INECO Frontal Screening

IP- Intervenção Psicoemocional

L

LC- Lesão Cerebral

LM- Lesão Medular

M

MOCA- *Montreal Cognitive Assessment*

N

NRNP- Núcleo de Reabilitação

Neuropsicológica

P

PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e Afasia em Português

Pc – Percentil

PSI – Índice de Stress Parental

PTA Protocol – Protocolo de Amnésia

Pós-Traumática

Q

QIEC – Quociente de Inteligência de Escala Completa

R

RG-ODN – Reabilitação Geral e Outros

Distúrbios Neurológicos

S

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SP- Serviço de Psicologia

STROOP – Teste de cores e palavras

T

TCE- Traumatismo Crânio Encefálico

TeLpi- *Teste de Leitura de Palavras Irregulares*

TDR – Teste do Relógio

TICL – Teste de Identificação de Competências Linguísticas

TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton

U

UF – Unidade Funcional

UUC- Unidade de Cuidados Continuados

V

VE – Visuoespacial

W

WAIS-III – Escala de Inteligência de Wechsten – 3ª Edição

WISC-II – Teste de Classificação de tarefas de Wisconsin – 2ª Edição

WMS-III – Escala de Memória de Wechsten – 3ª Edição

Índice

INTRODUÇÃO.....	7
CAPITULO I- Caraterização da Instituição.....	9
1.1 Instituição.....	9
1.2 Patologias/ Unidades Funcionais de Internamento.....	9
1.3 Regime de Internamento e Regime Ambulatório.....	11
CAPITULO II. O Papel da Psicologia No Centro.....	13
2.1 O Psicólogo no Serviço de Psicologia do Centro.....	13
2.2 O Psicólogo no Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica	13
CAPITULO III. Atividades Desenvolvidas Ao Longo do Estágio.....	16
3.1 Supervisão.....	16
3.2 Orientação.....	16
3.3 Atividades realizadas diretamente com os doentes.....	17
3.3.1 Consulta Interna.....	17
3.3.3.1 Avaliação e Intervenção Psicológica e Neuropsicológica.....	17
3.3.3.2 Gestão de Conflitos, Intervenção em Crise e Resolução de Problemas.....	20
3.3.3.3 Reuniões com a Família.....	21
3.3.2 Consulta Externa.....	21
3.3.2.1 Novos Doentes.....	21
3.3.2.2 Acompanhamento de Doentes de Consulta Interna (Pós-Alta)	21
3.4. Outras atividades.....	22
3.4.1 Registo de Consultas.....	22
3.4.2 Atualização e Manutenção da Base de Dados.....	22
3.4.3 Elaboração de critérios de Inclusão e Exclusão para o Serviço de Psicologia.....	22
3.4.4 Elaboração de Relatórios de Avaliação Neuropsicológica.....	23
3.4.5 Atividades Psicoeducativas.....	23
3.4.5.1 Elaboração de Panfletos.....	23
3.4.5.2 Elaboração de Programas Manuais de Estimulação Cognitiva.....	23
3.4.5.3 Alta Médica.....	23

3.4.5.4 Sessão de Esclarecimento: Comunicação de Más Notícias.....24

CAPITULO IV. Caso Clínico.....25

CAPITULO V. Conclusão e Reflexão Pessoal.....37

Referências Bibliográficas.....39

Anexos

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio clínico insere-se no plano curricular do segundo ano do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia a ser lecionado no Instituto Universitário de Ciências de Saúde-Norte.

O estágio curricular relativo a este relatório decorreu no Centro /Serviço do Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica. A duração do mesmo foi de 420H, com uma periodicidade de três dias semanais, decorrendo assim ao longo de cinco meses.

Neste sentido, o relatório surge como um suporte teórico ao estágio curricular, tendo como objetivo ilustrar o funcionamento do mesmo e demonstrar alguns objetivos principais que foram sendo atingidos no seu decorrer. Podemos assim, através deste documento, conhecer o funcionamento da instituição, compreender empiricamente as atividades desenvolvidas e entender o processo de aprendizagem/observação e respetiva passagem à participação autónoma nas atividades diárias.

Inicialmente será apresentado de forma descritiva o funcionamento do Centro (Capítulo I), assim como as funções do(s) serviço(s) de Psicologia na Instituição (Capítulo II).

De seguida será apresentado um conjunto de atividades, que foram construídas em conjunto com a Orientadora de estágio (Dr.^a ARP) e desenvolvidas ao longo do mesmo (Capítulo III). No final da descrição das atividades será apresentada uma reflexão sobre a aquisição de competências adquiridas no âmbito da avaliação neuropsicológica, do acompanhamento psicológico e intervenção clínica.

Na descrição do caso clínico (Capítulo IV) será demonstrado de que forma foram colocadas em prática as competências adquiridas quer no contexto de prática clínica, como em áreas de recolha de história clínica, avaliação, diagnóstico e intervenção.

No final será realizada uma reflexão geral (Capítulo V), relativa ao percurso realizado ao longo do estágio, salientando os pontos mais importantes do mesmo, como o conhecimento adquirido e as dificuldades sentidas, bem como algumas sugestões futuras com as quais a instituição poderia beneficiar.

CAPITULO I- Caraterização da Instituição

1.1 Centro

O Centro é uma Unidade Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, que tem como objetivo principal responder às necessidades da região do Norte do País na área da Medicina Física e da Reabilitação. Integrado na Rede Nacional de Referência Hospitalar de Medicina Física e de reabilitação, a sua ação é essencialmente centrada em cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de défices, incapacidades e limitações que exijam a intervenção de uma equipa multidisciplinar em programas de reabilitação intensiva. Realiza ainda diagnóstico e tratamento de patologias do foro neurológico, com vista à máxima funcionalidade do doente e ao ajustamento dos seus familiar(es)/cuidador(es) à situação.

1.2 Patologias/ Unidades Funcionais

A lotação máxima do Centro é de 100 camas, sendo estas divididas por 3 unidades funcionais: Reabilitação Neurológica; Reabilitação Pediátrica; e Outras Patologias. As diferentes unidades encontram-se constituídas pelas seguintes patologias: Lesão Medular (LM); Acidente Vascular Cerebral (AVC); Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); Reabilitação Geral e Outros Distúrbios Neurológicos (RG-ODN) e Pediátricas.

i. Lesão Medular (LM)

A lesão medular (LM) é uma agressão a medula espinhal, que resulta na perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou da sensibilidade (tátil, dolorosa, profunda), além de comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (Sisção et al., 2007). As manifestações clínicas dependem do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas ou incompletas. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total, abaixo do nível da lesão, devido à interrupção completa dos tratos nervosos. Já na lesão incompleta preservam-se os grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetados (Adler, 2005).

ii. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome clínica que se caracteriza pelo <<rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente, de origem vascular, estando excluído o acidente isquêmico transitório (AIT), no qual os sintomas desaparecem antes desse período >> (OMS, 2009)

A lesão cerebral de uma região causada pelo AVC pode, como consequência do funcionamento integrado de funções cerebrais, acarretar a desintegração de todo o sistema funcional (Lezak, Howieson & Loring, 2004). Nos casos de pacientes com lesões cerebrais decorrentes de AVC, a localização e a extensão exata da lesão é o que determina o seu quadro neurológico. As sequelas neurológicas podem variar e manifestações como afasias, apraxias, agnosias e síndrome de heminegligência podem ser sequelas comuns entre pacientes com AVC (Teixeira & Caramelli, 2008). Markle-Reid e colaboradores (2011) referem que para além dos problemas causados diretamente pelo AVC, não se devem esquecer os problemas secundários, como o isolamento social, a diminuição da participação em atividades de lazer, a demora no retorno ao trabalho, a ansiedade e a depressão.

iii. Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é definido como uma “alteração no funcionamento cerebral, ou outra evidência de patologia cerebral, causada por uma força externa” (Menon, Schwab, Wright & Maas, 2010). Já o seu nível de comprometimento cerebral, originado pelo TCE pode ser considerado leve, moderado ou grave, sendo que os dois últimos acarretam, obviamente, um conjunto de consequências mais graves e persistentes, que os TCE ligeiros. Esta classificação é baseada no nível da lesão inicial, relativamente à lesão neurológica causada no cérebro (Kreutzer, DeLuca & Caplan, 2011). No que concerne à gravidade da lesão cerebral, esta é estabelecida tendo em conta a profundidade e duração do coma, bem como a duração da amnésia pós-traumática (APT).

iv. Reabilitação Geral e Outros Distúrbios Neurológicos (RG-ODN)

Nesta UF encontra-se uma grande variedade de patologias, com ou sem lesão neurológica, como amputações, síndrome Miller-Fisher, dermatomiosite juvenil, sequelas de fraturas, esclerose múltipla, dorsolombalgia, síndrome Guillain-Barre, entre outras.

v. Reabilitação Pediátrica

Nesta unidade funcional encontram-se patologias diversas, desde TCE, AVC, paralisia cerebral, síndrome de carga, encefalopatia, entre outras. As idades de internamento desta unidade incluem crianças desde os 0 aos 17 anos.

1.3 Regime de Internamento e Regime Ambulatório

Os doentes internados provêm de recomendações de outros serviços hospitalares onde o doente esteve anteriormente (e.g. Unidades Hospitalares de Agudos; Centros de Saúde; Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados e Médicos Fisiatras). Uma vez internados, são propostos a um programa específico de reabilitação integral e abrangente, adaptado ao indivíduo, visando a maximização da independência do doente.

A distribuição das camas existentes é realizada da seguinte forma:

- Lesão Medular-28 camas;
- Acidente Vascular Cerebral-28 camas;
- Traumatismo Crânio Encefálico- 16 camas;
- Reabilitação Geral e Outros Distúrbios Neurológicos- 20 camas
- Pediátricas- 10 camas.

A duração do internamento varia entre casos, havendo um tempo máximo limite de 54 dias. Durante todo o processo de reabilitação o doente é seguido por uma equipa multidisciplinar composta pelas seguintes especialidades: medicina internista, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, terapia da fala, enfermagem clínica, enfermagem de reabilitação, desporto adaptado, pediatria, fisioterapia, serviço social, animação sócio-cultural e outras especialidades realizadas, quando necessário, à chamada (e.g. psiquiatria).

Para este efeito são realizadas semanalmente, reuniões (*briefings* matinais) multidisciplinares com todas as especialidades, sendo que cada unidade funcional reúne em dias diferentes. Isto é, existem reuniões semanais para cada uma delas, sendo realizadas da seguinte forma:

- I. Segunda-Feira: RG-ODN;
- II. Terça-Feira: TCE e Pediatria;
- III. Quarta-Feira: AVC;
- IV. Quinta-Feira: LM

Nos casos em que o tempo de internamento termina e o doente não se encontra, ainda, totalmente funcional, existem duas opções disponíveis, dependendo do patamar de reabilitação em que o doente se encontra:

(a) Se o doente já é autónomo nas Atividades de Vida Diárias (AVD) mas ainda atingiu o seu potencial de reabilitação cognitiva, estando impedido de voltar à sua vida diária normal (e.g. inserção profissional) poderá ser proposta uma integração no Centro ou em seguimento em consulta externa de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica;

(b) Se o doente ainda não se encontra autónomo e não se reúnem as condições necessárias para regressar a casa é proposto à família/cuidadores uma inserção na Rede de Cuidados Continuados, sendo disponibilizada ao doente, e respetiva família, uma lista de locais possíveis para o efeito, para que possam escolher qual a melhor opção para o seu estilo de vida.

CAPITULO II.

O Papel da Psicologia no Centro

O serviço de psicologia do Centro desenvolve a sua ação em três eixos: (1) Intervenção com o doente; (2) Intervenção com a Família e (3) Investigação e Formação; dividindo-se em duas atuações distintas possíveis: (a) Serviço de Psicologia e (b) Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica.

Este serviço é dirigido pela Dr.^a S S, está localizado no piso 0 e é constituído por 3 gabinetes para atendimento individual a adultos, um gabinete para atendimento individual ou grupal a crianças, duas salas de espera adjacentes aos gabinetes e um espaço polivalente, a utilizar nomeadamente para intervenção grupal. Acrescente ao serviço clínico, existe ainda, específico ao serviço de neuropsicologia, uma sala de estimulação cognitiva e uma sala de treino cognitivo (manual e computadorizado). O serviço funciona de segunda a sexta-feira das 08:30H às 16:30H.

2.1 O Psicólogo no Serviço de Psicologia do Centro

A pertinência da atuação do psicólogo no serviço de psicologia do Centro é justificada pelo facto de ser este o profissional mais apto a: i) prestar apoio psicológico potenciando o ajustamento do doente e da família/cuidadores à situação vivenciada, não só pelo ajustamento de expectativas sobre a doença e o processo de recuperação mas também pelo processamento e integração psicoemocional; ii) fornecer informações ao doente, família/cuidadores e à equipa de reabilitação sobre o impacto e repercussões psicológicas do surgimento e da vivência da doença; iii) psicoeducar o familiar/cuidador, ajudando-o a adquirir e desenvolver conhecimentos e competências que lhe permitam lidar com o quadro neurológico do doente, diminuir potenciais níveis de stresse e potenciar a sua saúde mental (Centro, 2014).

2.2 O Psicólogo no Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica do Centro

A pertinência da atuação do psicólogo no NRNP do Centro justifica-se pelo facto de ser este o profissional mais apto a promover a reabilitação do doente em termos neuropsicológicos/cognitivos (e.g. memória; atenção; funções executivas) e funcionais (e.g. potenciar as AVD), com recurso a técnicas específicas de avaliação neuropsicológica e de estimulação cognitiva que objetivam a minimização de danos resultantes de uma lesão neurológica, no quotidiano do doente.

Embora a história da Neuropsicologia seja longa (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 1998; Rao, 1996), a prática da Neuropsicologia Clínica é relativamente recente (Mäder, 1996). Até 1980, o treino em Neuropsicologia, nos Estados Unidos, era limitado a alguns programas de Doutorado e estágios clínicos. Em 1983, a American Board of Professional Psychology e a American Board of Clinical Neuropsychology, identificam a Neuropsicologia Clínica como uma área de especialização e passam a desenvolver um processo de avaliação para o treino, conhecimento e habilidades dos psicólogos especialistas na área.

Existe um corpo considerável de literatura que documenta os efeitos benéficos e duradouros de programas de reabilitação, contudo a reabilitação apresentada na literatura científica, não só é designada de forma diferente, mas é também entendida de forma diferente, pelo que é relevante distinguir conceptualmente entre as três designações mais comuns: intervenção ou reabilitação neuropsicológica, reabilitação cognitiva e treino cognitivo (Jean, Bergeron, Thivierge e Simard, 2010).

A **reabilitação neuropsicológica** dirige-se aos aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e psicossociais que decorrem de uma lesão cerebral, incluindo entre as suas atividades, a psicoterapia, educação, estabelecimento de aliança de trabalho com o paciente e sua família, técnicas de estabelecimento de objetivos e reabilitação cognitiva (Clare e Woods, 2003; Christensen e Uzzell, 2000; Conrad, Doering, Rife e Exner, 2010; Prigatano, 1997; Rajeswaran, 2013; Wilson, 2008; Winocur et al., 2007; Silva et al., 2015). A reabilitação neuropsicológica pressupõe assim uma avaliação estruturada e holística, que inclua medidas de avaliação cognitiva, emocional, comportamental, do funcionamento social e qualidade de vida (Rajeswaran, 2013).

Para uma intervenção diferenciada neste serviço é necessário compreender a diferença entre reabilitação cognitiva e treino cognitivo. A **reabilitação cognitiva** dirige-se a pessoas com défice cognitivo no sentido de melhorar e compensar as funções cognitivas através de atividades de estimulação que podem ser realizadas em contexto social e grupal (Bernhardt et al., 2002; Clare et al., 2010). Nas abordagens mais recentes, a reabilitação cognitiva tem sido cada vez perspetivada de forma holística (Sohlberg e Mateer, 2001), confundindo-se com a reabilitação neuropsicológica. Por sua vez, o **treino cognitivo** consiste na prática dirigida a um conjunto de tarefas que requerem o uso de função(ões) cognitiva(s) específica(s) através de técnicas específicas, esperando-se que tenha impacto cerebral e que a melhoria cognitiva se generalize a outros níveis de

funcionamento (Ball et al., 2002; Baltes e Willis, 1982; Calero e Navarro, 2007; Clare e Woods, 2003; Dahlin et al., 2008; Gaitán et al., 2013; Jean et al., 2010; Sutter et al., 2013; Thompson e Foth, 2005; Unverzagt et al., 2007; Silva et al., 2015). Neste sentido, o trabalho do Núcleo de Psicologia centra a sua ação na reabilitação neuropsicológica do doente, que engloba a reabilitação cognitiva e o treino cognitivo, proporcionando não só a melhoria das funções cognitivas, mas também do bem-estar psicológico, de competências em atividades da vida diária e do relacionamento interpessoal (Clare e Woods, 2001; Kitwood, 1997) e do envolvimento ativo na própria reabilitação (Prigatano, 1997).

CAPITULO III

Atividades Desenvolvidas Ao longo Do Estágio

3.1 Supervisão

As reuniões de supervisão foram realizadas às sextas-feiras sob a orientação atenta da Prof. Doutora Manuela Leite. As reuniões aconteceram com um período semanal, definido para os primeiros meses do estágio, passando posteriormente para um período quinzenal e terminando com períodos adaptados às necessidades das estagiárias após o término do estágio.

Estes encontros um espaço de partilha e exposição de casos clínicos, bem como de debate e esclarecimento de dúvidas sobre os mesmos. Cada dúvida exposta acompanhava uma discussão sobre estratégias de intervenção e uma análise detalhada dos processos envolvidos em todas as atividades realizadas.

Foi ainda elaborado um cronograma das atividades a realizar durante o estágio, de forma a, paralelamente, facilitar o processo de construção do relatório final. Com as reuniões grupais foi possível uma melhor compreensão de cada caso individual, bem como um acesso a diferentes realidades clínicas que permitiram, em retrospectiva, colocar hipóteses alternativas de tratamento.

3.2 Orientação

O trabalho árduo de orientação de todas as atividades realizadas no Centro, foi levado a cabo pela Dr.^a ARP, licenciada em Psicologia Clínica. A orientação decorreu ao longo de todo o estágio, inicialmente com algumas reuniões semanais e posteriormente sempre que surgiam dúvidas adicionais. Nos encontros iniciais foram debatidas algumas dúvidas sobre o funcionamento do serviço, programaram-se atividades a realizar ao longo do tempo, e exploraram-se normas do regulamento do Centro, tanto de uma forma geral como relativamente ao serviço de Psicologia e Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica em específico (e.g. protocolos de rastreio, intervenção e reavaliação; intervenção nas diferentes patologias funcionais; proposta e realização de panfletos relativamente a informações relativas às diferentes patologias, formulados para os utentes e respetivas famílias).

Como referido, logo de início foi proposta a realização de um documento com os objetivos esperados do estágio, o qual se mostrou muito útil numa posterior reflexão sobre o mesmo (Anexo 1).

3.3 Atividades realizadas diretamente com os doentes

3.3.1 Consulta Interna

3.3.3.1 Avaliação e Intervenção Psicológica e Neuropsicológica

Rastreio Psicológico e Neuropsicológico

A integração do doente no Serviço de Psicologia/ NRNP depende, sempre, dos resultados obtidos no rastreio psicoemocional e/ou cognitivo. Este é o primeiro momento de contacto com o doente, servindo de base para a continuidade do processo, uma vez que o doente só continuará no Serviço de Psicologia se lhe forem identificados défices cognitivos significativos ou emocionais nos resultados obtidos pelo rastreio inicial.

O protocolo de rastreio e avaliação para adultos do Centro (Anexo 2) divide-se em duas condições: a) Doente com Lesão Encefálica Adquirida; e b) Doente sem Lesão Encefálica Adquirida.

Neste sentido, os instrumentos utilizados no rastreio dependem da condição em que o doente se encontra, sendo que, em doente com lesão (a), se administram os seguintes instrumentos:

- 1) Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TelPi)- para avaliação do QI pré-mórbido.
- 2) Montreal Cognitive Assessment (MOCA)- para rastreio geral de défices cognitivos (memória; atenção; capacidades visuoespaciais; etc).
- 3) INECO Frontal Screening (IFS)- para rastreio de défices na funções executivas.
- 4) Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS), para pessoas até aos 65 anos ou Escalda de Depressão Geriátrica (GDS) e Escala Geriátrica de Ansiedade (GAI), para pessoas com mais de 65 anos, para rastreio de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Em doente sem lesão (b), administram-se apenas instrumentos para rastreio emocional (ansiosa e depressiva) do doente, neste caso:

- 1) HADS, para pessoas até aos 65 anos.
- 2) Escalda de Depressão Geriátrica (GDS) e Escala Geriátrica de Ansiedade (GAI), para pessoas com mais de 65 anos.

Aprofundamento da avaliação

O aprofundamento da avaliação é um processo individualizado, que depende sempre dos resultados obtidos no rastreio inicial. Desta forma, e consoante os défices sinalizados na fase anterior, aprofunda-se a avaliação nos domínios respetivos (Anexo 3) recorrendo a um leque de instrumentos disponíveis (Anexo 4). Tomemos como exemplo um doente que, no rastreio inicial, é sinalizado com valores abaixo do esperado nos domínios da atenção, memória e funções executivas. Neste caso em particular aprofunda-se a avaliação utilizando os seguintes testes: Teste de Atenção (D2), Wescheler Memory Scale (WMS-III) e Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS), de forma a perceber a dimensão do défice, bem como, se este é significativo ou não é necessário de intervenção.

Intervenção

Já no que concerne à intervenção, esta poderá ser alvo de tipologias diferentes tendo em conta os resultados obtidos no aprofundamento da avaliação: a) intervenção individual psicoemocional (quando o rastreio evidencia alterações psicoemocionais significativas); b) inclusão num programa de estimulação cognitiva (quando o rastreio evidencia a existência de défices cognitivos significativos); ou c) acompanhamento psicoemocional e estimulação cognitiva em paralelo (havendo alterações nas duas áreas).

De ressaltar que a inserção do doente num programa de estimulação não descarta, de forma nenhuma, a necessidade de uma intervenção psicoemocional paralela (mesmo não existindo psicopatologia emocional inicial), havendo, na maior parte das vezes, necessidade de ambas as intervenções por parte do psicólogo (e.g trabalho de motivação e adesão ao tratamento). Como seria de esperar, o doente não deixa de se apresentar como um ser humano, e como tal um ser com emoções e sentimentos que interferem, de forma constante, na sua participação e/ou colaboração aquando um processo de reabilitação.

Desta forma:

i) Na Reabilitação Neuropsicológica / Cognitiva:

O NRNP encontra-se equipado com dois programas de estimulação cognitiva computadorizados: O CogniPlus e o Rehacom, que se encontram na sala de estimulação cognitiva.

O **CogniPlus** consiste num sistema de treino das funções cognitivas, eficiente e motivador, em que cada programa de treino selecionado é adaptado às características do doente, de forma a maximizar o seu potencial de reabilitação. Todos os programas foram criados com base em evidências empíricas de que os défices em treino são passíveis de ser treinados. Desta forma, com recurso a este programa podem ser treinados défices nas áreas da: atenção, funções executivas, memória, capacidades visuo-espaciais, neglet visual e processamento espacial. Todos os exercícios são formulados de forma a representarem, tanto quanto possível, situações reais do quotidiano, o que ajuda na motivação dos doentes e na consequente melhoria das suas funções. O CogniPlus é ainda um sistema interativo inteligente que identifica, de forma fiável o nível de desempenho do paciente, adaptando-se automaticamente ao mesmo, potenciando a sua recuperação.

O **Rehacom** é outro programa de reabilitação que oferece soluções individuais para o treino das funções cognitivas em diferentes domínios. Este programa está dividido em diversos módulos, que permitem a identificação das necessidades específicas dos doentes, são eles: atenção, concentração e vigilância, memória, raciocínio lógico, coordenação visuo-motora, capacidades visuo-construtiva, resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias. Também o Rehacom se ajusta às necessidades dos doentes consoante o seu desempenho, permitindo uma monitorização precisa e eficaz da evolução dos mesmos.

No caso de não reunirem as condições necessárias para uma estimulação computadorizada (e.g. limitações na compreensão ou físicas), a intervenção é realizada com recurso a **exercícios de papel e lápis**.

Todas as sessões de estimulação compreendem um tempo estabelecido de aproximadamente 40 minutos, já a dificuldade de treino é ajustada à evolução do doente, progredindo com os ganhos do doente.

ii) No Acompanhamento Psicoemocional / Consulta Psicológica

A intervenção e acompanhamento psicológico com o doente, cujo rastreio sugere alterações emocionais, desenvolve-se no sentido de facilitar a integração do doente e promover a adaptação psicoemocional da doença. Tal como na reabilitação neuropsicológica, também neste domínio as intervenções são adaptadas às necessidades dos doentes e poderão divergir desde técnicas cognitivo-comportamentais (e.g. reestruturação cognitiva; ressignificação de significados; relaxamento) para estados ansiosos e depressivos; promoção da adesão ao tratamento; conceção de estratégias de coping; contenção emocional e comportamental do doente internado; intervenção em situações de crise, nomeadamente na comunicação de más notícias; ao ajustamento de expectativas e preparação para a alta de forma a facilitar a reintegração do doente internado em meio natural.

Reavaliação Neuropsicológica

Antes do momento de alta o doente deverá ser reavaliado com os instrumentos utilizados anteriormente e especificamente na avaliação neuropsicológica. Desta forma, apenas os doentes integrados num programa de reabilitação cognitiva serão reavaliados, de modo a permitir uma análise precisa do seu progresso, e uma planificação futura do seu processo de reabilitação que, quase sempre, se prolonga no regresso a casa com recuso a terapias externas. No caso de o doente ainda necessitar de uma ajuda significativa na altura da alta, é então reencaminhado para o serviço de consulta externa de psicologia de modo a se manter no programa de estimulação até atingir o seu potencial de recuperação.

3.3.3.2 Gestão de Conflitos, Intervenção em Crise e Resolução de Problemas

Este ponto refere-se à nossa ação na equipa, enquanto psicólogas, sendo muitas vezes necessária a nossa intervenção na resolução de conflitos e problemas quer na relação entre a equipa-doente, quer na relação entre os doentes internados. O regime de internamento torna-se duro não só pelas metas a atingir como por outros diversos motivos, desde os internamentos recorrentes ao tempo de hospitalização, desencadeando muitas vezes processos desadaptativos nos doentes em momentos em que os doentes se encontram mias fragilizados. Neste sentido existe, muitas vezes, a necessidade de uma intervenção em crise por parte do serviço de psicologia, de forma a restabelecer o

equilíbrio emocional do doente (e.g. intervenções nos ginásios em momentos de crise e choro recorrentes; intervenção no quarto por falta de adesão às terapias; etc).

3.3.3.3 Reuniões com a Família

A família representa um papel fundamental no processo de reabilitação do doente sendo, neste sentido, importante uma interação constante, com partilha de informações e feedbacks do estado clínico e emocional do doente, com a mesma. Inicialmente as reuniões foram realizadas com a presença das orientadoras, passando a ser autónomas em momentos posteriores. Estas reuniões tiveram um cariz, sobretudo, psicoeducativo, com o objetivo que os familiares entendessem, de forma clara, a situação em que o doente se encontrava, realizando um ajustamento de expectativas e ganhando “ferramentas” para o regresso a casa (e.g. perceberem as adversidades que poderão encontrar e como lidar com as mesmas em meio natural).

3.3.2 Consulta Externa

3.3.2.1 Novos Doentes

Os novos doentes surgem em consulta externa de psicologia e/ou neuropsicologia, referenciados pelo seu hospital de referência ou médico de família. Os pedidos para esta consulta variam o motivo, desde: avaliações escolares; avaliações profissionais a avaliações da capacidade da condução, entre outras.

3.3.2.2 Acompanhamento de Doentes de Consulta Interna (Pós-Alta)

Como referido anteriormente no início do relatório, quando o período de internamento de um doente termina, e este já é minimamente autónomo nas AVD, mas ainda atingiu o seu potencial máximo de recuperação, pode seguir-se uma inserção do mesmo em consulta externa de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica, no Centro de forma a terminar o processo de reabilitação iniciado em regime interno. Neste regime, realizam-se ainda seguimentos anuais de alguns doentes internados no Centro, de forma a verificar a adaptação do doente em meio natural após estimulação e reajustar, se necessário.

3.4. Outras atividades

3.4.1 Registo de Consultas

Os registos das consultas consistem num pequeno resumo, claro e preciso, do que se passou durante a consulta (e.g. humor do doente, colaboração, resultados da estimulação, entre outros). Devem ser realizados diariamente, após cada contato com o doente e inseridos na base de dados (GlinT) para que a equipa tenha acesso à evolução do doente durante o internamento.

3.4.2 Atualização e Manutenção da Base de Dados

A atualização diária da base de dados dos doentes internados, foi também uma das tarefas realizadas ao longo do estágio. O objetivo desta manutenção passa por garantir a atualização da informação sobre os doentes atendidos pelo serviço, discriminando o número de consultas dadas para cada doente (i.e. quantas consultas teve e de que caráter: psicoemocionais, reabilitação neuropsicológica, avaliações e reuniões familiares). Desta forma é possível perceber o tempo necessário, em média, para cada doente de forma a otimizar os serviços prestados.

3.4.3 Elaboração de critérios de Inclusão e Exclusão para o Serviço de Psicologia

Com o excesso de encaminhamentos para o serviço de psicologia, e atendendo ao reduzido número de recursos humanos no serviço (duas psicólogas residentes), sentiu-se a necessidade de criar critérios de prioridade para o encaminhamento para o serviço de psicologia/núcleo de reabilitação neuropsicológica. Neste sentido foi-me pedido que elaborasse uma lista de critérios (Anexo 5), devidamente justificados, em conjunto com a outra colega estagiária.

Assim, atendendo à literatura existente, formulamos alguns critérios, com base em estudos recentes, são eles:

(a) Critérios de prioridade para o serviço de Psicologia: 1) Patologia psiquiátrica e/ou psicológica (e.g. depressão; ansiedade; luto); 2) Tentativas de suicídio; 3) Relações familiares complicadas; e 4) Problemas de adesão ao tratamento.

(b) Critérios de prioridade para o Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica: 1) Idade ativa (i.e. inseridos no mercado de trabalho); 2) Período pós-lesão (<6 meses); 3) Alterações de consciência de si e quadros graves de anosogusia; e 4) idade igual ou inferior a 60 anos.

3.4.4 Elaboração de Relatórios de Avaliação Neuropsicológica

A pedido das orientadoras, elaborei alguns relatórios de avaliações neuropsicológicas (e.g. contexto escolar; contexto laboratorial; avaliações da condução). Estes relatórios têm uma estrutura que compreende: o motivo do pedido da consulta; uma descrição do comportamento da pessoa no decorrer da avaliação; uma descrição do seu discurso; a avaliação cognitiva; os resultados da avaliação e a sua interpretação (Anexo 6).

3.4.5 Atividades Psicoeducativas

3.4.5.1 Elaboração de Panfletos

Uma dos objetivos estabelecidos inicialmente passava pela formulação de panfletos informativos, a entregar aos doentes e familiares das diferentes patologias de internamento (TCE; AVC e LM). Neste sentido elaborei três panfletos, em conjunto com outra colega estagiária, que abordavam brevemente os temas propostos, permitindo ao leitor compreender: a definição da patologia, as consequências da mesma (físicas, cognitivas, comportamentais e cognitivas), os benefícios da reabilitação e do suporte social, e a importância da família como um apoio para o doente lesado (Anexo 7).

3.4.5.2 Elaboração de Programas Manuais de Estimulação Cognitiva

Com a falta de recursos para a estimulação de doente com limitações ao nível da compreensão e/ou físicas (e.g. lentificação motora), impeditivas de uma resposta atempada no programa computadorizado, foi necessária a criação de alguns exercícios simples de estimulação com recurso a papel e lápis que permitissem intervir com este tipo de população. Desta forma foram desenvolvidos exercícios que permitiram a formação de cadernos de estimulação individualizados, tendo em conta os défices do doente (Anexo 8).

3.4.5.3 Alta Médica

O momento da alta é uma preocupação que o serviço tem desde o início de internamento. Neste sentido, um dos objetivos principais da intervenção do serviço de psicologia, é que no momento da partida o doente consiga transpor para o seu quotidiano os benefícios da intervenção realizada.

Em acréscimo, a preparação da família é também um foco de atuação do serviço, uma vez que são estes que recebem o doente em casa após o internamento.

Neste sentido, tendo em conta as características individuais do doente e do seu suporte social, são realizadas estratégias psicoeducativas adaptadas a cada família (Anexo 9). É importante que o familiar compreenda a patologia do doente, bem como as consequências desta na sua vida para que possam adaptar-se à nova condição do doente e ajustar os papéis de cada um no seio familiar.

3.4.5.4 Sessão de Esclarecimento: Comunicação de Más Notícias

A comunicação de uma má notícia nunca é uma tarefa fácil para um profissional de saúde. A má notícia pode englobar um diagnóstico severo (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa (Elizari et al, 2007). Mas o facto é que, o modo como se transmite a má notícia, vai influenciar de forma decisiva, tanto quem a dá como quem a recebe, podendo desencadear tanto no emissor como no receptor sentimentos e atitudes adversas, desde a apatia, a raiva, a negação, a agressividade ou até mesmo, uma aparente normalidade. Neste sentido, saber comunicar devia constituir-se como um dos principais focos da Medicina, adicionando ao acto de informar, a compaixão. Uma boa comunicação desenvolve no doente um efeito imediato, podendo reduzir sintomas sem efeitos colaterais (Filho et al, 2008).

No decorrer do estágio percebi que apesar do excelente trabalho e comunicação inter-equipa, existe ainda uma grande dificuldade, por parte dos médicos, na comunicação de más notícias a doentes e familiares, pelas dificuldades óbvias que estas comportam. Neste sentido, propus uma sessão de esclarecimento (Anexo 10), que foi exposta numa das reuniões semanais de equipa, para uma abordagem mais aprofundada deste tema. Não sendo os médicos capazes de comunicar de forma eficaz e clara com o doente e respetivos familiares, este momento acabava por, na maior parte dos casos, ter de ser repetido na presença de uma das psicólogas do serviço, por solicitação de ajuda dos médicos responsáveis. Como referido logo no início deste relatório, os recursos do serviço de Psicologia já são escassos para os serviços prestados e, acrescentar estes momentos extra retira tempo ao serviço, que poderia estar a ser aproveitado em *prol* da reabilitação dos doentes em seguimento.

CAPITULO IV- Caso Clínico

Durante a duração do estágio foram seguidos 48 doentes, com patologias diversas desde AVC, TCE, Lesões Medulares, Patologia Osteoarticulares, Esclerose Múltipla, e Síndrome de Guillian Barré, entre outras.

Para apresentação e reflexão deste relatório final foi eleito um caso clínico, a ser apresentado neste ponto, escolhido especialmente pelas diversas sequelas da sua patologia, que obrigou a uma intervenção diferenciada, bem como, a atuações diferentes do Serviço de Psicologia e do Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica.

4.1 Caso Clínico do F

Identificação Geral

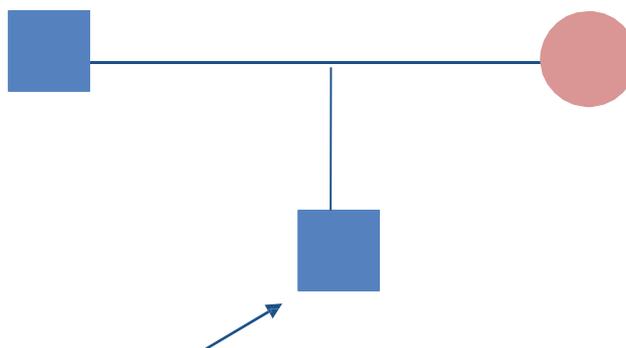
F é um jovem adulto, do sexo masculino, de vinte e um anos de idade. É português de Santa Maria da Feira onde sempre viveu. Esteve institucionalizado no Centro durante 76 dias, divididos em dois períodos de internamento (39 e 37 dias respetivamente). É solteiro, reformado por invalidez, com o nono ano de escolaridade e proveniente de um meio sócio cultural baixo.

Motivo de Internamento

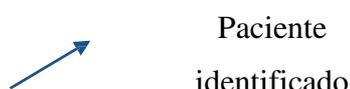
F chegou ao Centro encaminhado pelo seu hospital de referência, devido a uma meningite *Streptococcus pneumoniae* com provável ponto de partida em fístula de LCR pós-traumática. À entrada, apresentava alterações neurológicas múltiplas, nomeadamente nas seguintes áreas: capacidades visuoespaciais, memória e funções executivas, alterações executivas, sobretudo no âmbito da flexibilidade cognitiva. Apresentava-se vigilante, orientado alopsiquicamente e com uma atitude colaborante. O seu humor era predominantemente eufímico apesar da disartrofonía marcada.

A inteligibilidade do discurso apresentava-se diminuída e com necessidade de repetição frequente. Quadro neuromotor de dupla hemiparesia ataxia de predomínio esquerdo. Função motora submáxima distal bilateralmente, com os restantes segmentos conservados.

Genograma



Legenda



História de Vida e Problemática Atual

F é filho único e toda a sua infância e adolescência foi vivida com a sua família nuclear constituída pelos pais. Quanto aos progenitores, a mãe é doméstica e o pai motorista de pesados, sendo referidos por F com grande carinho e admiração, e como um grande apoio na sua vida. O relacionamento familiar é descrito como calmo e alegre e com uma relação de grande proximidade entre os três membros da família.

Os pais referem a infância de F como um percurso feliz nas suas vidas, descrevendo-o como *“uma criança extrovertida, afetuosa, muito ativa, generosa e muito respeitadora”* (sic). Acrescentam que F *“era uma criança que brincava muito, de muito fácil comunicação e que transmitia muita alegria e confiança aos que o rodeavam”* (sic).

No período da adolescência, os pais descrevem F como um adolescente autónomo, muito responsável e respeitador das regras impostas. Na escola *“era um bom aluno, com iniciativa na sala de aula e com uma grande capacidade para distinguir o certo do errado”* (sic). F era assim um adolescente completamente integrado no seu grupo de amigos e familiares, com uma vida a decorrer dentro da normalidade até ao ano de 2012, altura em que sofreu um TCE grave, decorrente de um acidente de bicicleta, do qual resultou uma dupla hemiparesia atáxica e uma dependência funcional. Pouco tempo depois deste acidente, do qual resultaram lacunas extensas quer a nível motor como cognitivo, F integrou, após alta hospital, o Centro para uma reabilitação funcional, com vista á sua recuperação e ao desenvolvimento das capacidades funcionais, otimizando os

respetivos potenciais e minimizando os impactos produzidos, das limitações nas atividades e na participação social e profissional. Terminada esta etapa, F foi inserido na CERC de L, sendo esta a única estrutura da comunidade que fornecia respostas às suas necessidades educativas, já que os défices impediam uma escolarização devido à sua deficiência, adquirida após o TCE.

Em 27 Setembro de 2015, F sofre uma Meningite *Streptococcus Pneumoniae* com bacteremia, sendo transferido para o Centro do Centro Hospitalar de Entre O douro e Vouga (CHEDV) a 26 de Novembro de 2015, onde inicia o seu primeiro período de internamento, que se veio a dividir em dois momentos distintos. F sofre esta quebra entre internamentos devido a necessidade urgente de uma operação para drenagem de fluidos cerebrais acumulados, tendo voltado após a recuperação.

No momento do internamento, F residia com os pais e encontrava-se integrado num Curso Profissional na CERC de L, colocado em pausa até ao final do internamento atual. A relação com os pais é de grande proximidade afetiva, embora com grande dependência física e emocional desde o TCE, piorando agora com a meningite. Na entrevista inicial com os pais, foi recolhida uma anamnese extensiva de F, onde estes assinalam como as suas maiores preocupações: a) sintomas físicos (tiques e outros movimentos involuntários, movimentos desajeitados, vertigens, défices visuais, alterações do paladar e do olfato, alterações no controlo dos esfíncteres, alterações do comportamento alimentos e do peso alterações de sono e convulsões); b) alterações comportamentais (medos, irritabilidade fácil, problemas de sono, agitação psicoemocional e flutuações do humor); c) queixas cognitivas (alterações ao nível intelectual em geral; dificuldades no planeamento e organização, dificuldades na adaptação à mudança, dificuldades de concentração, facilidades de distração, dificuldades de aprendizagem e memória, dificuldades de compreensão, dificuldades de expressão, dificuldades de controlo mental (e.g. perder-se numa conversa), dificuldades na escrita e na leitura, dificuldades com números, períodos de confusão e desorientação e lentificação da velocidade de processamento); e d) preocupações psicossociais (alterações na capacidade de executar tarefas domésticas e profissionais que realizava antes e alterações nas relações interpessoais e sociais), referindo-as como um obstáculo no quotidiano de F.

F contabilizou um internamento com um total de 76 dias em regime interno, dividido da seguinte forma: (1) De 26 de Novembro a 02 de Dezembro de 2015 (37 Dias) e (2) De 04 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2016 (39 Dias), após operação.

No Centro integrou um programa de reabilitação composto pelas seguintes valências terapêuticas: Psicologia, Fisioterapia, Hidroterapia; Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

Atualmente, e após alta do segundo internamento, F é seguido em consulta externa, tendo iniciado este regime a 17 de Fevereiro de 2016 e mantendo-se no mesmo, até ao momento. Em Julho de 2016, integra ainda um grupo de pares da Associação Novamente, todas as quartas das 18:00H às 20:00H, no Centro, com vista ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências pessoais e sociais. Mantém-se CERCÍ de L. o restante do tempo com os objetivos de promover a sua inclusão social, através do desenvolvimento pessoal, guiado pelos valores da autonomia, responsabilidade e qualidade de vida da instituição.

Processo de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação do estado cognitivo e emocional de F decorreu em três consultas, com duração de 45 minutos a 1 hora cada, no período compreendido entre 23 de Novembro de 2015 a 13 de Janeiro de 2016.

1ª Consulta- 23 de Novembro de 2015

F foi chamado ao NRNP para rastreio cognitivo e emocional. O doente apresentava um humor predominantemente eutímico, com uma amplitude emocional adequada e fáceis expressivas. Apresentava um discurso perceptível, apesar das limitações acentuadas ao nível da fala. A sua interação com o interlocutor era adequada e a sua atitude colaborante e empenhada. Afirma estar internado no Centro devido a um acidente que teve há uns anos, não demonstrando possuir consciência dos défices cognitivos, nem das consequências do mesmo no seu quotidiano.

Explica-se ao doente o motivo real do seu internamento, a necessidade de avaliar a extensão das suas dificuldades cognitivas. Desta forma, foram administrados para rastreio:

- **MoCA**, cujos resultados (15/30) sugerem alterações cognitivas, especificamente ao nível das capacidades VE, memória e FE;
- **IFS**, cujos resultados (18/30) apontam para alterações executivas, sobretudo no âmbito da flexibilidade cognitiva;
- **HADS**, cujos resultados não sugerem presença de sintomatologia psicopatológica.
- O **TeLPI** não foi aplicado atendendo às limitações do doente ao nível da expressão.

Perante os resultados obtidos concluiu-se ser necessário um aprofundamento da avaliação das áreas aparentemente comprometidas. Neste sentido a próxima consulta passaria pela aplicação da bateria BADS (para avaliação das funções executivas) e WMS-II (para avaliação da memória).

2ª Consulta- 30 de Novembro de 2015

F foi chamado para avaliação das funções executivas. Foi administrada BADS para aprofundamento deste domínio. O desempenho do doente demonstrava um funcionamento executivo deficitário, com limitações ao nível da flexibilidade mental e da capacidade para mudar um padrão de resposta previamente estabelecido; alterações da

capacidade de planeamento, mais especificamente da capacidade de conceção de estratégias de ação; e, dificuldades na capacidade de organização temporal das tarefas e da capacidade de automonitorização do desempenho.

Numa próxima sessão vir-se-ia a avaliar a memória com recurso ao instrumento WMS-III.

3ª Consulta- 13 de Janeiro de 2016

F regressa ao Centro após cirurgia. Nesta consulta a avaliação para intervenção partiu dos dados recolhidos no final de novembro de 2015, na medida em que se entendia que o curto período que medeia as duas datas, e o facto de não ter estado integrado em programa de reabilitação neuropsicológica, não justificava readministração dos mesmos testes. No internamento anterior não havia sido aprofundada a avaliação da memória, domínio no qual o rastreio sugeria a existência de alterações, pelo que se terminou essa avaliação, administrando-se a WMS-III. O doente mostrou-se colaborante na realização das tarefas propostas, apresentando um humor eufímico e interagindo adequadamente com a interlocutora. O seu discurso mostrou-se mais perceptível, utilizando estratégias com esse objetivo (e.g. tapar o nariz para uma melhor articulação das palavras).

Já o desempenho do doente na WMS-III revelou um funcionamento da memória imediata, memória geral e memória de trabalho muito inferiores, quando comparado com o do grupo de referência (memória imediata e memória geral no $P_c < 0.1$ e memória de trabalho no $P_c 0.4$).

Neste sentido, e tendo em conta todos os resultados obtidos no decorrer da avaliação, concluiu-se que o doente beneficiaria da integração de um programa de reabilitação neuropsicológica com objetivos de estimular as áreas em défice: memória e funções executivas.

Sistematização dos dados de avaliação

Os resultados obtidos da avaliação neuropsicológica evidenciaram: ausência de consciência dos défices neuropsicológicos; défices de memória; défices nas capacidades visuo-espaciais e limitações ao nível das funções executivas.

Intervenção

Face aos dados recolhidos, tornou-se importante delinear uma intervenção que teve como objetivo principal melhorar a funcionalidade do doente nas ADV. De uma forma integral, a intervenção visou: desenvolver consciência dos défices neuropsicológicos; aumentar a velocidade de processamento; melhorar os domínios atencionais; melhorar/compensar os défices mnésicos; melhorar os défices executivos.

Para cumprir com as metas definidas, F foi inserido num programa de estimulação neuropsicológica (Anexo 11), com recurso ao sistema cognitivo computadorizado (CogniPlus), durante um período de 10 semanas, com uma frequência de sessões de uma vez por semana, tendo cada sessão uma duração de 40 minutos. No programa de estimulação cognitivo foram selecionadas um conjunto de tarefas seletivamente escolhidas para os défices apresentados, são estas: tarefas ALERT e FOCUS (para estimulação da atenção); tarefas CODING, VISP, DATEUP E NAMES (para estimulação da memória); e tarefas PLAND e HIBIT-R (para estimulação das funções executivas) (Anexo 12).

Nos primeiros 30 minutos de treino o doente realizava o programa cognitivo estipulado sendo, os últimos 10 minutos da sessão, utilizados para promoção da consciência dos défices, e trabalho de motivação e adesão ao tratamento (análise dos progressos e retrocessos obtidos entre sessões através da visualização dos gráficos fornecidos pelo programa).

Síntese do Acompanhamento

O doente integrou um programa de estimulação cognitiva orientado para estimulação da atenção, memória e funções executivas.

No que diz respeito à atenção, o doente realizou exercícios para estimulação da atenção sustentada (FOCUS) e estado de alerta (ALERT). A grande maioria das tarefas para a atenção concentraram-se na estimulação do estado de alerta, uma vez que esta tarefa permite, também, o treino da velocidade de processamento. Ao longo das sessões F foi evoluindo do nível 1 para o nível 8, exibindo melhor desempenho na capacidade de reagir apenas aos estímulos pretendidos (Figura 1). Para além disso, apresentou também, um menor tempo de resposta aos estímulos no decorrer das sessões (de 804mseg diminuiu para 593mseg), o que sugere melhorias ao nível da velocidade de processamento.

Representação do desempenho:

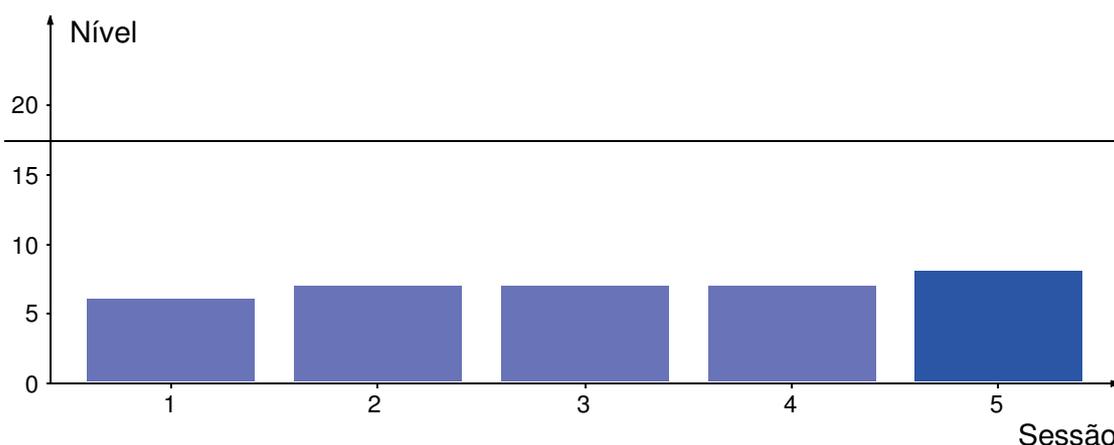


Figura 1. Desempenho de F relativamente ao estado de alerta.

Relativamente à memória, F realizou tarefas para estimular a memória de trabalho visuoespacial (VISP), a codificação espacial (CODING e DATEUP) e a memorização de nomes (NAMES). Nas tarefas de codificação espacial, o doente demonstrou um desempenho inconstante, evoluindo numas sessões e regredindo noutras (tendo atingido como nível máximo o nível 6- Figura 2).

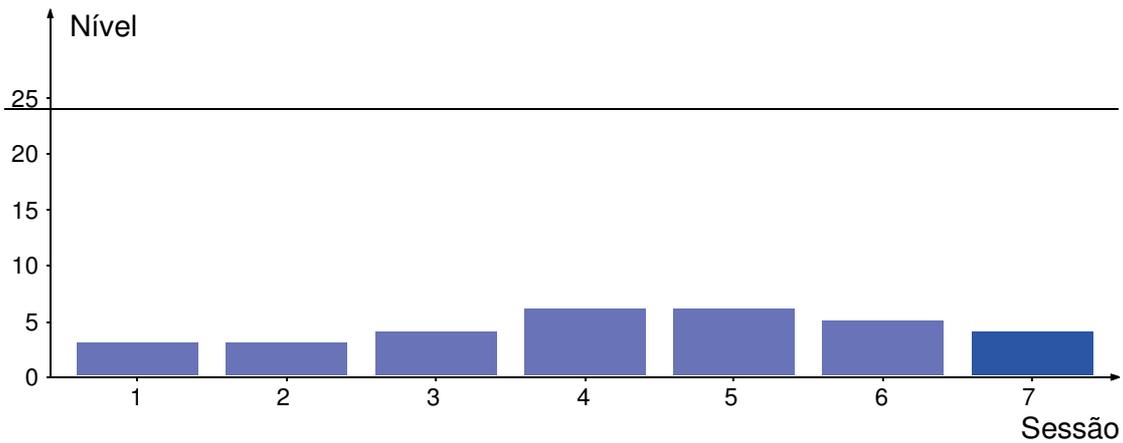
Representação do desempenho:

Figura 2. Desempenho de F nas tarefas de codificação espacial.

Nas tarefas de memória visuoespacial, o doente progrediu do nível 1 para o nível 4, mostrando melhorias na performance ao nível deste domínio (Figura 3).

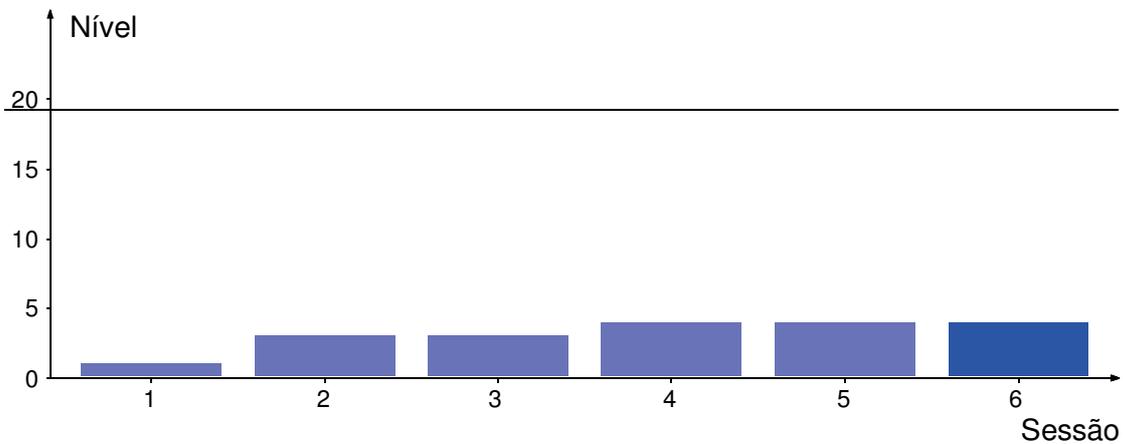
Representação do desempenho:

Figura 3. Desempenho de F na tarefa VISP (trabalho visuoespacial).

Na tarefa NAMES, o doente nunca conseguiu passar a fase de Treino (fase para habituação à tarefa), o que o impediu de evoluir de nível. Quando isto acontece, o programa não permite a criação de gráficos de desempenho, uma vez que o doente nem consegue iniciar o nível 1 de dificuldade.

No que diz respeito às funções executivas, F realizou exercícios para estimular a capacidade de planeamento, de identificar prioridades e de resolução de problemas (PLAND) e para a flexibilidade e inibição mental (HIBITR).

Nas tarefas de estabelecimento de prioridades, o doente demonstrou uma boa capacidade para identificar prioridades num conjunto de tarefas a realizar, evoluindo do nível 1 para o nível 6 (Figura 4).

Representação do desempenho:

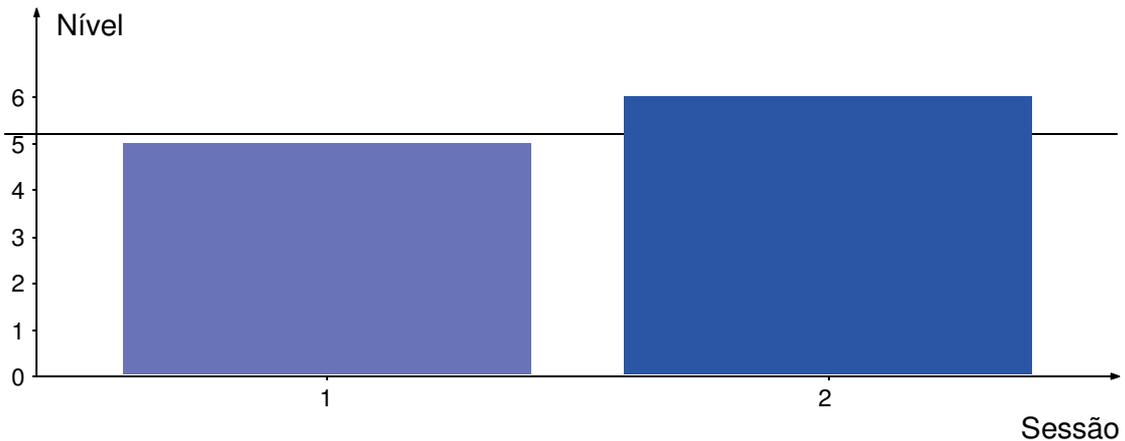


Figura 4. Desempenho de F na capacidade de identificar prioridades.

Por último, nas tarefas de inibição e flexibilidade mental, o doente demonstra uma evolução significativa, evoluindo do nível 1 para o nível 5, entre sessões, diminuindo o seu tempo de reação aquando o aparecimento do estímulo (de 735 msec para 589msec- Figura 5).

progress chart go/no-go (confidential letters):

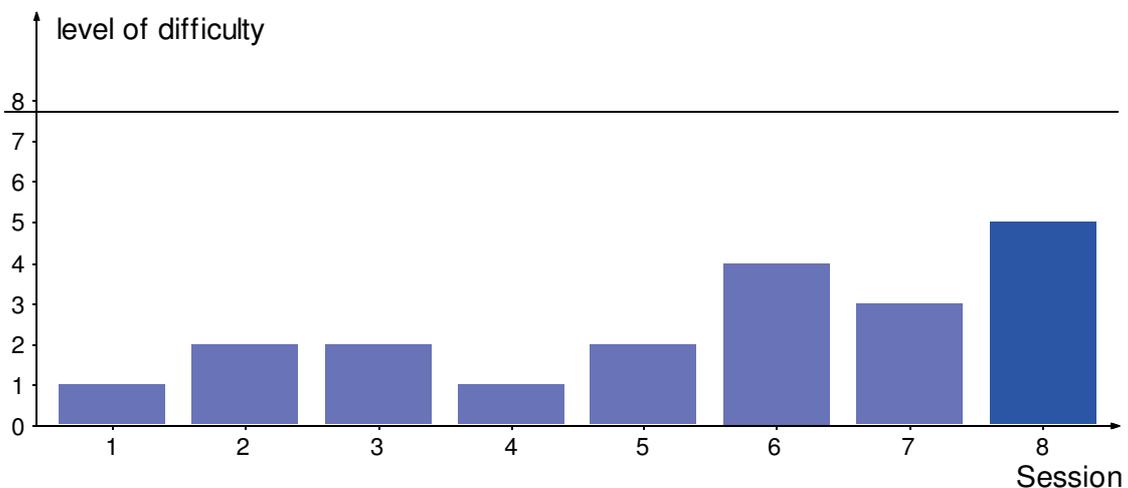


Figura 5. Desempenho de F na capacidade para inibir reações indesejadas.

Após cada treino cognitivo era realizada, em conjunto com o doente, uma pequena discussão sobre o seu desempenho nas tarefas e os resultados alcançados. A visualização dos gráficos ajudou o doente a aumentar a consciência dos seus défices, assim como, a motivação e adesão ao seu processo de recuperação. No caso de F, o mais difícil no decorrer das tarefas era a manutenção da informação dada no início de cada exercício, devido ao prejuízo evidente da sua memória de trabalho. A parte emocional foi também trabalhada ao longo das sessões. Reforçando-se as estratégias para manter o foco no processo de reabilitação, realizando algumas estratégias de compensação e treino das mesmas junto da família, que se revelou uma fonte inalcançável de apoio para o sucesso e ganhos obtidos durante a reabilitação de F.

Reavaliação Neuropsicológica

No final da intervenção realizada readministraram-se os instrumentos de avaliação iniciais, para uma melhor compreensão das evoluções alcançadas em termos neuropsicológicos.

Administrada, para reavaliação da memória, WMS-III. O desempenho do doente mantém-se num nível muito inferior quando comparado com o seu grupo de referência, sugerindo défices marcados em todos os domínios da memória. Verificam-se ligeiras melhorias ao nível da memória de trabalho, com progressão do doente do Pc0.4 para o Pc1.

Para reavaliação das funções executivas, administrou-se a bateria BADS. O desempenho do doente evoluiu de deficitário para médio, sugerindo melhorias transversais em todos os processos avaliados nos subtestes da prova, nomeadamente na flexibilidade mental, mais especificamente na capacidade para alterar um padrão de resposta previamente estabelecido; na capacidade de planeamento da ação, sendo o doente capaz de conceber estratégias de programação da ação de forma eficaz; e na capacidade de automonitorização do desempenho, embora o doente demonstre uma dispersão fácil quando não orientado para o foco, revelando ainda alterações ao nível da atenção sustentada e focada.

Reflexões do Caso F

Ao longo do programa de treino cognitivo verificaram-se melhorias progressivas no desempenho de F, em todos os domínios trabalhados. No caso de F especificamente, ao contrário de outros doentes consciencializados do seu estado clínico, a maior dificuldade visava o confronto com os défices e dificuldades apresentadas no decorrer das tarefas, uma vez que F sinalizava apenas a memória como problema cognitivo, conseqüente do seu quadro de anosognosia.

Contudo, F adaptou-se de forma favorável ao programa selecionado, conseguido ultrapassar os desafios propostos de forma eficaz. As vantagens deste programa computadorizado, como já referido anteriormente, é o facto de os exercícios serem adaptados ao desempenho real do indivíduo, retratando situações típicas do quotidiano (e.g., fazer compras; planeamento do dia-a-dia) e mostrando, através de gráficos, a evolução ao longo do tempo, o que permite uma manutenção da adesão e da motivação. No final, a reavaliação neuropsicológica foi sugestiva de melhorias significativas no desempenho de F, principalmente no que diz respeito as funções executivas (mais especificamente a nível da inibição e flexibilidade mental). No entanto, tendo em conta o feedback dos familiares mais próximos, que sublinham a importância de uma rotina disciplinada para o equilíbrio cognitivo de F, entendeu-se que este beneficiaria de uma integração num programa de intervenção adaptado às suas características pessoais, numa próxima etapa da sua vida. Neste sentido, o próximo passo passou pela a inserção de F em contexto grupal (já iniciado no CRN no grupo de pares da Associação Novamente), para o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, que virão a ser necessárias para a sua inserção num mundo profissional, num futuro próximo. Como refere a literatura, para atingir determinados objetivos no processo de reabilitação é fundamental coordenar de forma articulada a intervenção cognitiva remediativa com outras intervenções clínicas e terapêuticas (Bem-Yishay & Gold, 1990).

CAPITULO V- Conclusão e Reflexão Pessoal

Este último capítulo destina-se a uma reflexão crítica e ponderada do meu percurso, enquanto aluna e estagiária, ao longo do último ano e no decorrer do meu estágio curricular.

Reportando à altura inicial, muito antes do início desta nova etapa de inserção na vida profissional, relembro a decisão que tomei quando me matriculei no curso de Psicologia Clínica da Saúde. Soube desde sempre que as minhas aptidões se direcionavam para a uma área muito além da Clínica pura, sendo a Neuropsicologia o domínio que mais me fascinava dentro da Psicologia. Quando integrei o Mestrado em Neuropsicologia e Psicologia da Saúde não tive dúvidas de que queria formar-me nesta área. Desta forma, o meu objetivo passou por desenvolver uma dissertação de mestrado e alcançar um estágio curricular que abrangesse diferentes temas dentro da neuropsicologia. Não é difícil de imaginar a minha satisfação, e ao mesmo tempo o receio que senti, quando soube que o meu estágio seria realizado no Centro.

A mudança de comportamento (pré-mórbido e pós-intervenção) e as melhorias perceptíveis quando se finaliza um processo de reabilitação neuropsicológica, são as principais características que me fazem apaixonar por esta área. Dentro deste contexto clínico foi-me possibilitada a interação com diferentes patologias: desde lesões cerebrais (entre as quais, traumatismos cranianos, acidentes cerebrovasculares, tumores e encefalites) a doenças degenerativas; em que cada doente é tratado de uma forma única e individualizada, de forma a permitir alcançar o seu potencial máximo de recuperação.

A minha experiência do Centro, começou com uma observação atenta e faminta de conhecimento, até ser merecida a minha autonomia e independência profissional. As dúvidas e os erros iniciais, tornaram esta experiência ainda mais gratificante, na medida em que me permitiram alcançar os conhecimentos de hoje. Percebi desde cedo que as bases acumuladas ao longo do meu percurso académico servem apenas como suporte para enfrentar os desafios da prática clínica. O meu maior medo enquanto estagiária, era a possibilidade de não conseguir corresponder, com os padrões e exigências de trabalho a que me exijo desde sempre, às duas vertentes do papel do psicólogo neste contexto: psicóloga clínica na sua vertente psicoemocional e neuropsicóloga no papel da reabilitação cognitiva. Esta foi talvez a melhor parte da minha experiência. Aprender a enfrentar os meus próprios receios e conseguir, com a ajuda de um suporte essencial, como foram as minhas orientadoras, dominar assuntos que pensava não ter aptidões para tal.

Lembro-me de ter ficado muito revoltada com a junção dos mestrados de Clínica e Neuropsicologia há dois anos atrás, perguntando-se se deveria escolher outro caminho. Percebo agora que é impossível a separação destes dos domínios se queremos ser profissionais aptos a enfrentar todos os desafios que a clínica e os doentes, enquanto seres humanos, nos propõem. Não somos máquinas que a dada altura na vida avariam e precisam de um arranjo rápido. Somos pessoas com sentimentos que, quando confrontadas com situações difíceis, podemos necessitar da ajuda de um profissional adequado, que conseguia também, enquanto nos “arranja”, compreender e fornecer ferramentas que nos permitam lidar com as adversidades e consequências da mudança.

Resta-me agradecer uma vez mais à Dr.^a SS e a Dr.^a ARP pela ambivalência apresentada, rigidez mas disponibilidade, que fez de mim uma melhor profissional de saúde mental. Termino esta etapa com esperanças futuras, de que esta área ainda me ensinará muito mais do que aquilo que aprendi até então, e a sentir-me privilegiada, por saber que os desafios que se seguem serão tão, ou mais enriquecedores para mim não só enquanto psicóloga, mas como mais um ser humano individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler C. Lesões na medula espinhal. In: Predetti LW, Early MB. *Terapia ocupacional: capacidades praticas para as dis- funcoes fisicas*. 5a ed. Sao Paulo: Roca; 2005. p. 805-31
- Ball, K. K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M. ... Active Study Group (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 288(18), 2271–2281.
- Baltes, P. B. e Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). Em F. I. M. Craik e S. Trehub (eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353–390). New York: Plenum Press.
- Bernhardt, T., Maurer, K. e Frolich, L. (2002). Influence of a memory training program on attention and memory performance of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 5(275), 821–831.
- Calero, M. D. e Navarro, E. (2007). Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(1), 63–72. doi:10.1016/j.acn.2006.06.020
- Clare, L. e Woods, R.T. (2001). *Cognitive rehabilitation in dementia: a special issue of neuropsychological rehabilitation*. Nova Iorque: Psychological Press.
- Clare, L. e Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1–39.
- Clare, L., Linden, D. E. J., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H. ... Rugg, M. D. (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 928–939. doi:10.1097/JGP.0b013e3181d5792a

- Christensen, A.L., (2000). Neuropsychological post-acute rehabilitation. In A. Christensen & B. Uzzell (Eds.), *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 151-166). New York: Kluwer Academic Plenum Publishers.
- Conrad, N., Doering, B. K., Rief, W. e Exner, C. (2010). Looking beyond the importance of life goals. The personal goal model of subjective well-being in neuropsychological rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 24(5), 431–443. doi: 10.1177/0269215509358930
- Dahlin, E., Nyberg, L., Bäckman, L. e Neely, A. S. (2008). Plasticity of executive functioning in young and older adults: Immediate training gains, transfer, and long-term maintenance. *Psychology and Aging*, 23(4), 720–730. doi: 10.1037/a0014296
- ELIZARI, Francisco Javier et al (2007) – 10 palabras clave ante el final de la vida. Navarra: Editorial Verbo Divino, p.461. ISBN: 978-84-8169-712-4
- FILHO, Rubens et al (2008) – Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. In: Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2008, Janeiro/Marco, 92, pp. 88-92. ISSN: 0103-507X
- Gaitán, A., Garolera, M., Cerulla, N., Chico, G., Rodriguez-Querol, M. e Canela-Soler, J. (2013). Efficacy of an adjunctive computer-based cognitive training program in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a single-blind, randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 91–99. doi:10.1002/gps.3794
- Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. *Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind*. New York: W W Norton & Company; 1998.
- Jean, L., Bergeron, M.-E., Thivierge, S. e Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281–296. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9
- Kahokehr, A., Siegert, R. J. e Weatherall, M. (2004). The frequency of executive cognitive impairment in elderly rehabilitation inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17(2), 68–72. doi:10.1177/0891988704264536

- Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: the person comes first. *Open University Press, 20*, 7-8.
- Kreutzer, J. S., DeLuca, J. & Caplan, B. (2011). Encyclopedia of clinical neuropsychology. Nova Iorque: Springer.
- Lezark, M.D., Howieson, M.D.; Loring, (2004) D.W. Neuropsychological Assessment. Nova York: Oxford University Press, 4 ed.
- Mäder MJ. Avaliação neuropsicológica: Aspectos históricos e situação atual. *Psicol: Ciênc Prof.* 1996;(3):12-18.
- Markle-Reid et al (2011) “Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care” *The Canadian Journal of Neurological Sciences.* 2011; 38:317-334.
- Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. & Maas, A. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 91.
- OMS (2009). Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. WHO STEPS STROKE MANUAL.
- Prigatano, G. P. (1997). Learning from our successes and failures: Reflections and comments on “cognitive rehabilitation: how it is and how it might be.” *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 497–499.
- Rajeswaran, J. (2013). *Neuropsychological rehabilitation: Principles and applications.* Londres: Elsevier Inc.
- Rao SM. Neuropsychological Assessment. In: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM, editors. *Neuropsychiatry.* Oxford: Williams & Wilkins; 1996. p.29-45.
- Senaha, L. H. M., & Machado, H. T. (2012). Afasia, Dislexias e Disgrafias. In A. L. Teixeira & P. Caramelli (Eds). *Neurologia cognitiva e do comportamento* (pp. 99-108). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, G. F., Espírito-Santo, H., Fernandes Costa, M., Marques Cardoso, D. C., Vicente, F., & Martins, S. D. C. (2015). Reabilitação Neuropsicológica Grupal de idosos institucionalizados com Défice Cognitivo sem Demência.

- Siscao MP, Pereira C, Arnal RLC, Foss MHDA, Marino LHC. Trauma Raquimedular: Caracterizacao em Hospital Publico. *Arq. Cienc. Saude. Sao Jose do Rio Preto*, 2007;14:145-7.
- Sohlberg, M. M. e Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Sutter, C., Zöllig, J. e Martin, M. (2013). Plasticity of verbal fluency in older adults: a 90-minute telephone-based intervention. *Gerontology*, 59(1), 53–63. doi:10.1159/000342199
- Thompson, G. e Foth, D. (2005). Cognitive-training programs for older adults: What are they and can they enhance mental fitness? *Educational Gerontology*, 31(8), 603–626. doi: 10.1080/03601270591003364
- Unverzagt, F. W., Kasten, L., Johnson, K. E., Rebok, G. W., Marsiske, M., Koepke, K. M. ... Tennstedt, S. L. (2007). Effect of memory impairment on training outcomes in ACTIVE. *Journal of International Neuropsychological Society*, 13(6), 953–960. doi:10.1017/S1355617707071512
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141–162. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M. A., Bridges, K. e Stuss, D. T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: an evaluation of psychosocial factors. *Journal of International Neuropsychological Society*, 13(1), 153–165. doi:10.1017/S135561770707018X

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

ANEXO 6

ANEXO 7

ANEXO 8

ANEXO 9

ANEXO 10

ANEXO 11

ANEXO 12

Tabela de objetivos a cumprir durante o estágio curricular

Objetivos		Atividades A Desenvolver
1.	Conhecer o CRN, as suas funcionalidades de internamento e respetivo modo de funcionamento.	Atividades de Orientação.
2.	Identificar as principais patologias enquadradas em cada uma das unidades funcionais de reabilitação em regime de internamento no CRN: - Lesão Medular (LM); - Pediátrica; - Acidente Vascular Cerebral (AVC); - Reabilitação Geral e Outros Distúrbios Neurológicos (RG-ODN); - Traumatismos Cranioencefálicos (TCE).	Atividades de Orientação.
3.	Aprofundar conhecimentos teóricos sobre as diferentes unidades funcionais e respetivas patologias.	- Pesquisa Bibliográfica; - Elaboração de panfletos informativos sobre cada patologia, a entregar às famílias; - Conceção de atividades psicoeducativa dirigidas às famílias, de acordo com as patologias doente.
4.	Compreender as generalidades da avaliação psicológica e neuropsicológica.	- Atividades de Orientação; - Pesquisa Bibliográfica.
5.	Compreender as especificidades da avaliação psicológica e neuropsicológica em cada uma das patologias.	- Atividades de Observação de consultas; - Realização de avaliações de forma supervisionadas; - Realização de avaliações de forma autónoma.
6.	Compreender as diferentes formas de intervenção neuropsicológica.	- Desenvolvimento de atividades de estimulação cognitiva, com recurso a papel e lápis, para os doentes realizarem entre sessões (cadernos de estimulação cognitiva); - Realização de sessões de estimulação com recurso a programas computadorizados.
7.	Manter registo dos processos de Serviço de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica do CRN.	Atualização e manutenção de bases de dados de doentes e consultas.

Protocolo de Rastreio e Avaliação para Adultos do CRN

RASTREIO

Com lesão encefálica adquirida	<ul style="list-style-type: none">- TeLPI- MoCA- IFS- HADS (até 65 anos) ou GDS e GAI (+ de 65 anos) <p>Em alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none">- TDR (em doentes com alterações significativas de expressão)- Entrevista (em doentes com alterações motoras significativas)
Sem lesão encefálica adquirida	<ul style="list-style-type: none">- HADS (até 65 anos) ou GDS e GAI (+ de 65 anos)

Protocolo para Aprofundamento da Avaliação para Adultos do CRN

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

**Instrumentos Disponíveis para Aprofundamento da Avaliação do Serviço de
Psicologia / Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica**

1	PTA Protocol (Amnésia pós-traumática)
2	TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton
3	Teste de Cópia de Figuras Complexas, de Andrés Rey
4	Stroop – Teste de cores e palavras
5	D2 – Teste de atenção
6	CPM-P – Matrizes Progressivas Coloridas
7	Teste de las Anillas
8	PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e Afasia em Português
9	WAIS-III
10	WMS-III
11	16 PF-5
12	PSI – Índice de Stress Parental
13	BADS – Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome
14	WISC-II
15	GOL-E – Grelha de Observação da Linguagem
16	TICL – Teste de Identificação de Competências Linguísticas

Critérios de Prioridade

Critérios De Prioridade Para o Serviço de Reabilitação Neuropsicológica

- Reduzida/nenhuma adesão terapêutica;
- Idade igual ou inferior a 60 anos;
- Idade ativa (inseridos no mercado de trabalho);
- Período pós-lesão (<6 meses);
- Alterações de consciências de si e quadros graves de anosognosia;

Critérios De Prioridade Para o Serviço de Psicologia

- Patologia psiquiátrica e/ou psicológica (depressão; ansiedade; etc.);
- Tentativa de suicídio;
- Relações familiares complicadas;

Critérios De Prioridade Para o Serviço de Reabilitação Neuropsicológica

1- Pacientes com reduzida/ou nenhuma adesão terapêutica.

O programa de reabilitação deve contemplar os recursos do indivíduo, a natureza das suas dificuldades e o prognóstico médico-funcional, bem como a capacidade para adquirir novas técnicas e conhecimentos, que permitem potenciar os seus níveis de atividade e participação nos mesmos (LBMFR, 2009). Deste modo, quanto mais rápida for a adesão ao processo de reabilitação, mais rápida será também a recuperação da funcionalidade do doente, por outro lado, a não-adesão pode conduzir a um agravamento do estado de saúde do lesionado (Cluss & Epstein, 1985).

A baixa motivação é frequentemente apresentada como uma barreira no contexto de reabilitação (Brockway & Fordyce, 1994) e a motivação é considerada como um fator essencial, na medida em que pode aumentar o comprometimento e a adesão do indivíduo ao tratamento (Soler, Paula, Campanelli, Oliveira, Ferreira & Blascivis-Assis, 2004) e deste modo contribuir para uma recuperação mais rápida e funcional (Maclean & Pound, 2000).

2- Pacientes com idade igual ou inferior a 23 anos;

Colocando de parte a infância, a idade no momento da lesão não parece ser um fator de grande influência na recuperação. Contudo nas idades mais avançadas (acima dos 60anos) os efeitos normais do envelhecimento em associação com as consequências de uma lesão cerebral, podem acelerar o declínio cognitivo e tornar mais difícil a recuperação (Guerreiro, 2014).

3- Pacientes em idade ativa (inseridos no mercado de trabalho);

O regresso à escola ou ao trabalho representa um dos maiores desafios da reabilitação após LCA (Ashley, Ninomya, Berryman, & Goodwin, 2005). Sabe-se que o sucesso vocacional contribui de forma direta para a qualidade de vida (Truelle, Fayol, Montreuil, & Chevignard, 2010) e um indicador de sucesso da reabilitação é, justamente, a qualidade de vida.

4- Período pós-lesão;

Nos casos menos graves de LCA, a curva de recuperação é mais acentuada nos primeiros três a seis meses, com melhorias mais ténues e inconstantes após esse período (Ponsford, 2004).

5- Alterações de consciências de si e quadros graves de anosognosia;

O défice de consciência de si (awarenes) está associado com fraca adesão ao tratamento, baixo envolvimento no processo de reabilitação, processos de recuperação mais longos, maior stress familiar e estado funcional diminuído na alta médica (Sherer, 2005).

Nota: Dos factores relacionados com a lesão, a gravidade, indicada pela extensão da lesão e/ou pela duração do coma, tem sido referido como um dos factores mais determinante da recuperação. Asikainen, Kaste e Sarna (1998), num estudo com 508 participantes com TCE, concluíram que a gravidade da lesão está positivamente correlacionada com o resultado funcional – medido pela Glasgow Outcome Scale (GOS) – e negativamente correlacionado com o regresso ao mercado de trabalho: mais de 50% dos participantes com TCE ligeiro conseguiram integrar o mercado de trabalho, enquanto os participantes com TCE grave não chegavam a 6%.

Crêterios De Prioridade Para o Serviço de Psicologia

1- Pacientes com patologia psiquiátricos e/ou psicológicos (depressão; ansiedade; etc.);

Dos fatores psicológicos que influenciam o processo de recupera o a depressão tem sido referido como um dos mais importantes (Rapoport, 2012). No que respeita   incidência, a depressão   a complica o psiquiátrica mais comum após TCE (Bryant et al., 2010; Kopenon et al., 2002). Diferentes estudos têm comprovado a associa o dos sintomas depressivos com um pior resultado em termos de recupera o (Satz et al., 1998; Wilson, Pettigrew, & Teasdale, 2000) e pelo menos um estudo (Rapoport, Kiss, & Feinstein, 2006) conclui que a depressão explica em parte a persistência de sintomas p s-concussionais.

2- Pacientes que realizaram tentativa de suicídio;

Documento da Organiza o Mundial da Saúde sobre o suicídio

- A assistência de conselheiros profissionais na preven o do suicídio, a uma escala mundial,   importantíssima e claramente necessária.

- Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas cometendo suicídio tinham alguma perturba o mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade, todos os tipos de perturba es do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como, por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturba es do sono e da alimenta o) devem alertar todos os conselheiros para o potencial risco de suicídio. (Mostra a importância de dar prioridade aos pacientes com patologia psiquiátrica e/ou psicológica presente ou com antecedentes psiquiátricos e/ou psicológicos)

- Em 90% dos casos de morte de crianças e adolescentes por suicídio, foi identificado como causa algum tipo de perturba o mental, sendo os diagnósticos mais comuns as perturba es do humor, perturba es da ansiedade, abuso de substâncias, e perturba es comportamentais do funcionamento social.

- Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio.

- A depressão   amplamente reconhecida como sendo o principal factor associado com o comportamento suicida na idade avançada.

3- Rela es familiares complicadas;

Em rela o aos factores sociais, o sistema familiar parece ser um agente determinante na optimiza o do processo de recupera o (Yeates, 2009). Um estudo de Yeates e colegas (2004) refere que o funcionamento do sistema familiar antes da lesão, explica 25% da variância no comportamento e no funcionamento cognitivos após a lesão. Por isso, interven es precoces dirigidas para a gestão do stress familiar, aumentando o suporte e melhorando o funcionamento do sistema, poderão ter um impacto positivo nos resultados de longo-prazo da reabilita o (Sady, Sander, Clark, Sherer, Nakase-Richardson, & Malec, 2010).

Bibliografia

- Asikainen, I., Kaste, M., & Sarna, S. (1998). Predicting late outcome for patients with traumatic brain injury referred to a rehabilitation programme: a study of 508 Finnish patients 5 years or more after injury. *Brain Injury*, 2, 95-107.
- Ashley, J.M., Ninomiya, J., Berryman, A., & Goodwin, K. (2005). Vocational rehabilitation. In M. Ashley (Eds.), *Traumatic brain Injury: rehabilitative treatment and case management* (pp. 509-537). Taylor & Francis e-Library.
- Brockway, J. A. & Fordyce, W. E. (1994). Avaliação e tratamento psicológico. Em Kottke, F. & Lehmann, J. (Eds). *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (pp. 151-166). São Paulo: Manole.
- Bryant, R.A., O'Donnell, M.L., Creamer, M., McFarlane, A.C., Clark, C.R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 312-320.
- Cluss, P., Epstein, L. (1985). The measure of medical compliance in the treatment of disease. In Paul Karoly (ed.). *Measure strategies in health psychology*, pp. 403-433. New York: John Wiley and Sons.
- Guerreiro, S. (2014). Avaliação dos impactos de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica: medidas de activação cerebral, funcionamento cognitivo, estabilidade emocional, funcionalidade e qualidade de vida. Tese de Doutoramento. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Hinkka, S., & Tenovuori, O. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-years follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1315-1321.
- Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa (2009). Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *British Journal of Medicine*, 321, pp. 1051-1054.

- Ponsford, J. (2004). Rehabilitation following traumatic brain injury and cerebrovascular accidents. In J. Ponsford (Ed.), *Cognitive and behavioural rehabilitation: from neurobiology to clinical practice* (299-342). New York: The Guilford Press.
- Rapoport, M.J., Kiss, A., Feinstein, A. (2006). The impact of major depression on outcome following mild-to-moderate traumatic brain injury in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 273-276.
- Rapoport, M.J. (2012). Depression following traumatic brain injury: Epidemiology, risk factors and management. *CNS Drugs*, 26(2), 111-121.
- Rapoport, M.J., Kiss, A., Feinstein, A. (2006). The impact of major depression on outcome following mild-to-moderate traumatic brain injury in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 273-276.
- Sady, M.D., Sander, A.M., Clark, A.N., Sherer, M., Nakase-Richardson, R., & Malec, J.F. (2010). Relationship of preinjury caregiver and family functioning to community integration in adults with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1542-1549.
- Satz, P., Forney, D.L., Zaucha, K., Asarnow, R.R., Light, R., McCleary, C., Levin, H., Kelly, D., Bergsneider, M., Hovda, D., Martin, N., Namerow, N., & Becker, D. (1998). Depression, cognition, and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(7), 537-553.
- Sherer, M. (2005). Rehabilitation of impaired awareness. In W. High, A. Sander, M. Struchen, & K. Hart (Eds.), *Rehabilitation for traumatic brain injury* (pp. 31-48). New York: Oxford University Press.
- Soler, A. P. S., Paula, D. F., Campanelli, E. A., Oliveira, J. C., Ferreira, M. C. A. & Blascovi - Assis, S. M. (2004). Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. *Cadernos de Pós graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 4 (1), pp. 13-24.
- Truelle, J.L., Fayol, P., Montreuil, M., & Chevignard, M. (2010). Community integration after severe traumatic brain injury in adults. *Current Opinion in Neurology*, 23, 688-694.

Wilson, J.T., Pettigrew, L.E., & Teasdale, G.M. (2000). Emotional and cognitive consequences of head injury in relation to the Glasgow Outcome Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 6(2), 204-209.

Yeates, K.O., Swift, E., Taylor, H.G., Wade, S.L., Drotar, D., Stancin, T., & Nori, M. (2004). Short- and long-term social outcomes following pediatric traumatic brain injury. *Journal of International Neuropsychology Society*, 10, 412-426.

Yeates, G. (2009). Working with families in neuropsychological rehabilitation. In B. Wilson, F. Gracey, J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes* (pp. 138-156). Cambridge: Cambridge University Press.

SS

Psicóloga

Relatório de Avaliação Psicológica

1. Identificação

Nome: AS

Data de Nascimento: 20/08/1986

Idade: 29 anos

Morada: XXX

2. Elementos descritivos e avaliativos

A avaliação psicológica do Sr. AS objetivou a renovação da licença de segurança privado. O processo, que decorreu em duas consultas de cerca de 90 minutos, nos dias 6 e 7 de abril de 2016, respeitou as normas mínimas relativas à aptidão psicológica para o exercício da profissão, conforme anexo II da Lei n.º 34-2013 de 16 de Maio.

Para além da entrevista, utilizaram-se como instrumentos de avaliação a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III Edição (WAIS-III), para avaliação da inteligência, o Teste de Atenção D2, para avaliação da atenção e concentração, o Teste de Cores e Palavras Stroop, para avaliação de reações múltiplas e discriminativas, e o Teste de Personalidade 16PF-5, para avaliação da personalidade.

Ao longo de todo o processo de avaliação, o Sr. AS mostrou-se colaborante e ajustado, estabelecendo relação adequada com a psicóloga e revelando empenho e motivação na realização das tarefas solicitadas.

O desempenho do Sr. AS na WAIS-III revela um QIEscala Completa médio superior, quando comparado com o seu grupo de referência (QIEC=114, Pc82). Também o QIVerbal e o QIRealização são, na mesma comparação, médios superiores (QIV=115, Pc84 e QIR=114, Pc82). No que se refere aos índices, o desempenho do Sr. AS traduz-se, por comparação com indivíduos com características semelhantes, num índice de compreensão verbal (ICV) e num índice de organização perceptiva (IOP) médios superiores (ICV=114, Pc82 e IOP=114, Pc82), e num índice de velocidade de processamento (IVP) na média (IVP=90, Pc25).

O desempenho do Sr. AS nos subtestes *memória de dígitos*, *sequência de letras e números* e *disposição de gravuras* destaca-os como pontos fortes, ressaltando as suas capacidades atencionais, a sua memória de trabalho e capacidade de planeamento. O desempenho no subteste

SS

Psicóloga

código aparece como ponto negativo, não obstante este resultado parecer poder estar exponenciado pelo perfeccionismo que o Sr. AS procurou introduzir na tarefa, comprometendo desta forma ligeiramente a velocidade com que a mesma foi realizada, o que se traduz no resultado obtido.

O desempenho do Sr. AS no Teste de Atenção D2 ressalta uma boa capacidade de atenção seletiva, de atenção sustentada e de concentração (TC: Pc75 e IC: Pc60), precisão e eficácia na realização da tarefa (TA: Pc60), controlo da atenção, inibição de comportamentos desadequados e boa relação entre meticulosidade e velocidade de desempenho (TC-E: Pc75). A maioria dos erros cometidos são por omissão, erros relativamente frequentes, e estão abaixo da média do grupo de referência (E%: Pc35).

No Teste de Cores e Palavras Stroop, o desempenho do Sr. AS coloca-o dentro do esperado para o grupo de referência, sugerindo preservação da atenção, capacidade de resistência à interferência, capacidade de inibição de comportamentos e flexibilidade mental (P: Nota T43; C: Nota T49; CP: Nota T46; Int: Nota T49).

O Teste de Personalidade 16 PF-5 do Sr. AS aponta para um elevado grau de extroversão, orientação para o mundo exterior e capacidade de investimento para o estabelecimento e manutenção de relações sociais. Destacam-se altos níveis de afabilidade, o que sugere interesse nos outros e conforto nas situações que exijam proximidade social, de raciocínio, apontando para uma boa capacidade de pensamento abstrato, e de segurança nas interações sociais. Acresce a tendência para o pensamento concreto, para o realismo e pragmatismo, bem como uma boa capacidade de autoavaliação e disponibilidade para a mudança.

A entrevista com o Sr. AS não salientou qualquer indicador de perturbação psicopatológica. O discurso mostrou-se adequado e estruturado, não se inferindo quaisquer sinais passíveis de se constituir enquanto potenciais comportamentos de risco para o exercício da atividade profissional, afigurando-se como clara a reunião de condições psicoemocionais do Sr. AS para a mesma.

Porto, 13 de abril de 2016

A Psicóloga Estagiária,

(Verónica Rodrigues)

A Psicóloga Supervisora,

(SS)

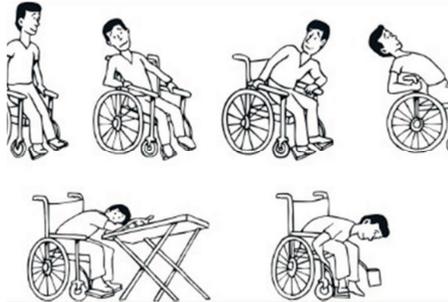
Manifestações Clínicas

§ Nas LM completas há paralisia e perda de todas as modalidades sensitivas abaixo da lesão (tátil, dolorosa, para temperatura, pressão e localização de partes do corpo no espaço);

§ As LM cervicais altas determinam tetraplegia (paralisia dos quatro membros). Na tetraplegia, são dificuldades respiratórias são frequentes, devido ao comprometimento do nervo que comanda a contração do diafragma.

§ Nas LM cervicais baixas, observa-se paralisia dos membros inferiores e das mãos.

§ Nas LM torácicas, a paralisia é relativa aos membros inferiores.

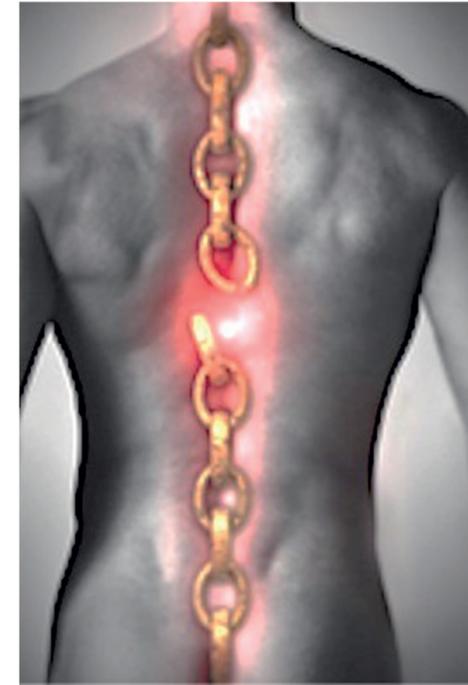


“Se existir paralisia, independentemente de ser temporária ou não, podem ser feitas algumas modificações no dia-a-dia para facilitar a acessibilidade do paciente. A fisioterapia é também parte essencial deste processo, bem como os grupos de apoio e as consultas a um psicólogo.”

“A integração precoce em programas de reabilitação e socialização, incluindo atividades desportivas, diminui a prevalência de depressão e ansiedade.”

Possíveis Complicações

- Disfunção Urinária e Intestinal (com perda do controle normal do intestino e da bexiga);
- Alterações sensoriais;
- Embolia Pulmonar;
- Dor;
- Alterações na pressão arterial;
- Insuficiência renal crônica;
- Infecções pulmonares;
- Risco elevado de lesões em áreas dormentes do corpo;
- Perda de sensações;
- Perda do funcionamento sexual (impotência masculina)
- Distúrbios do Humor (como depressão, ansiedade e processos de luto).



Lesão Medular



O que é a Lesão Medular?

A Lesão Medular (LM) trata-se de uma agressão à medula espinhal que pode resultar em alterações das funções motora, sensitiva e autónoma, implicando perda parcial ou total dos movimentos voluntários ou da sensibilidade (tátil, dolorosa e profunda) em membros superiores e/ou inferiores e alterações no funcionamento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo. Isto ocorre como consequência da quebra da comunicação entre o cérebro e todas as partes do corpo que ficam abaixo da lesão determinando as diferentes alterações que se podem observar.

Causas Frequentes

- Acidentes de viação;
- Quedas;
- Lesões associadas a atividades desportivas;
- Mergulho em águas rasas;
- Trauma direto no rosto, pescoço, cabeça, peito ou costas;
- Lesões perfurantes;
- § Agressão com arma de fogo e/ou faca;
- Choques elétricos;
- Contorção extrema da parte central do corpo;



Benefícios da Reabilitação e do Acompanhamento Psicológico

A LM é uma síndrome incapacitante e um desafio à reabilitação, uma vez que resulta em alterações motoras, sensitivas e orgânicas.

Desta forma, uma reabilitação precoce é de extrema importância para a prevenção de complicações secundárias e consciencialização para uma melhor qualidade de vida do paciente incapacitado.

À medida em que a reabilitação avança os pacientes passam a tornar-se mais conscientes de sua condição, podendo experimentar diferentes níveis de angústia, tristeza, medo e ansiedade, sentimentos que levam na maior parte das vezes a um isolamento social do paciente com LM. É importante um acompanhamento psicológico para que o paciente se fortaleça não só a um nível físico como emocional.

Suporte Social

A rede social pode ser formada pela família, grupos de amigos, igrejas, associações comunitárias ou grupos de pessoas que convivem com a mesma doença, vizinhos, instituições de saúde, etc., sendo considerada essencial na promoção, prevenção da saúde e reabilitação das pessoas com LM. O suporte social é extremamente importante no processo de reabilitação, proporcionando uma melhor adaptação do paciente às limitações ocasionadas pela lesão medular. A família é o alicerce que influencia a percepção do paciente sobre si mesmo. No entanto, a família também necessita de apoio, uma vez que também está inserida no processo de reabilitação e que todos se consideram afetados pela nova condição de vida do familiar.



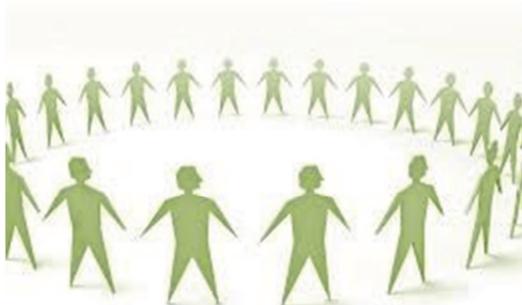
Apoio à Família

Apesar do apoio familiar ser de extrema importância, a verdade é que a família também necessita de apoio, uma vez que também é afectada com a nova realidade do familiar.

O que acontece muitas vezes é que alguém da família fica como cuidador da pessoa doente e isto não é uma tarefa fácil.

É importante estes familiares entenderem que:

- * Não estão sozinhos. Há uma equipa multidisciplinar que o vai ajudar a compreender a doença do seu familiar e de que forma o podem ajudar;
- * Podem procurar ajuda no seio das suas relações (família e amigos);
- * Podem procurar opções sobre serviços de assistência ou serviços de transporte adaptado;
- * Existem grupos de apoio a familiares que partilham a mesma situação. Sendo que aqui partilham as suas experiências, preocupações, sentimentos e dúvidas;
- * Também precisam de tempo para si, de forma a recuperar energias.



“A recuperação também depende do ambiente e motivação do sobrevivente que acima de tudo deverá começar por acreditar que pode e vai melhorar e que deve lutar por si.”

“É importante que quem cuida esteja também atento aos seus sentimentos e às suas necessidades para a manter o equilíbrio e bem-estar pessoal necessários para estar disponível para cuidar de outra pessoa.”

“A adopção de um comportamento intencional, consistente e previsível promove segurança, ajuda a pessoa com TCE a tornar-se emocionalmente controlada, reduz o sentimento de confusão e agitação.”

Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)



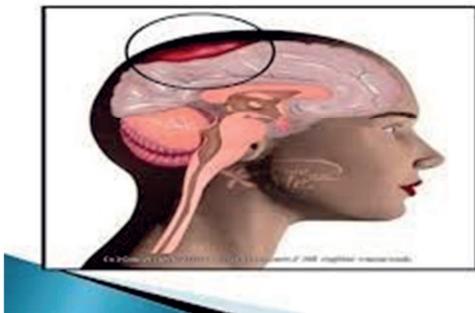
O que é o TCE?

Quando uma força exterior (como por exemplo, uma pancada na cabeça) é exercida sobre a cabeça, o cérebro ou o crânio poderão ser afectados causando uma disfunção cerebral. Esta disfunção pode ser transitória ou permanente e dependendo da força do impacto, entre outros factores, as consequências serão de gravidade diversa.

Quais são causas mais frequentes?

- ◇ Quedas;
- ◇ Acidentes de automóvel;
- ◇ Agressões.

Traumatismo Crânio-encefálico



Quais são as consequências?

O impacto da lesão pode variar de pessoa para pessoa, pois depende de vários factores como factores pessoais e factores associados à própria lesão e à reabilitação.

Físicas:

- ⇒ Problemas de movimento;
- ⇒ Cansaço, fadiga e perda de energia;
- ⇒ Dificuldades de coordenação motora e equilíbrio;
- ⇒ Menor força física;
- ⇒ Lentidão nos movimentos corporais.

Cognitivos:

- ⇒ Dificuldades de atenção e concentração;
- ⇒ Dificuldades a nível de linguagem e comunicação: na compreensão, na produção do discurso, na leitura e na escrita;
- ⇒ Dificuldade em organizar e compreender a informação sensorial;
- ⇒ Problemas de memória;
- ⇒ Problemas no raciocínio lógico: dificuldade em utilizar o pensamento para resolver problemas;
- ⇒ Funções executivas: dificuldade em organizar e/ou iniciar actividades.

Emocionais:

- ⇒ Depressão;
- ⇒ Alterações de humor;
- ⇒ Irritabilidade;
- ⇒ Ansiedade.

Comportamentais:

- ⇒ Impulsividade;
- ⇒ Agressividade;
- ⇒ Apatia;
- ⇒ Falta de iniciativa.

Importância da Reabilitação

O principal objectivo da reabilitação é ajudar as pessoas com TCE a alcançar um nível óptimo de bem-estar, reduzindo o impacto das dificuldades que possam surgir no dia-a-dia e apoiando no regresso aos diferentes contextos de vida.

Os programas de reabilitação são pensados tendo em conta as necessidades de cada pessoa e articulados com uma equipa multidisciplinar (medicina física, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia cognitiva, psicoterapia, psiquiatria, orientação vocacional e apoio social).

Suporte Social

O suporte social pode ser formado pela família, amigos ou grupos de pessoas que partilham a mesma doença, e é considerado fundamental no processo de reabilitação.

O apoio técnico e, fundamentalmente, o apoio familiar vão proporcionar ao paciente uma melhor adaptação e percepção da sua nova realidade. É importante o paciente acreditar que pode melhorar e que deve lutar por si, sendo que a família tem aqui um papel importante na manutenção da esperança e da positividade.

Apoio à Família

Ser cuidador de uma pessoa que está a recuperar de um AVC não é tarefa fácil. É uma tarefa física e emocionalmente exigente, onde a pessoa doente pode precisar de ajudar até nas tarefas mais simples, como vestir-se.

Alguns conselhos para os cuidadores:

- Tentar estar sempre positivo de forma a manter o bom espírito de todos os envolvidos;
- Encontre o equilíbrio entre dar ajudar e encorajar a pessoa a ser independente e confiante, de forma começar a fazer as coisas por si mesma;
- Arranje tempo para si e para as suas coisas. Crie uma rotina onde dedique um determinado tempo para si;
- Peça ajuda sempre que necessário, seja a amigos ou familiares como a serviços específicos.



“Um AVC pode acontecer sem causa aparente, para pessoas de **qualquer idade** - mas há factores que reconhecidamente aumentam a probabilidade de isso acontecer. Alguns desses factores são coisas que não podem ser alteradas, tais como a idade e o sexo da pessoa e o histórico familiar. Outros riscos podem ser reduzidos por mudanças no estilo de vida (dieta e exercício) ou por medicação.”

“Fazer parte de um grupo de auto-ajuda e de apoio é uma ótima forma de partilhar experiências, sentimentos e dúvidas sobre como lidar com os problemas e as dificuldades que surgem após o AVC.”

Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC)



O que é um AVC?

O AVC é um ataque cerebral que acontece quando o fornecimento do sangue para uma parte do cérebro é impedido, danificando assim as células cerebrais.

O cérebro controla tudo o que o nosso corpo faz, assim como aquilo que pensamos, aprendemos, sentimos e comunicamos. Por isso, uma lesão deste tipo poderá afectar as funções corporais e/ou os processos mentais.

Tipo de AVC:

- AVC isquémico, é o mais comum, e acontece quando um coágulo bloqueia a artéria que leva o sangue para o cérebro.
- AVC hemorrágico que acontece quando um vaso sanguíneo rebenta, provando assim uma hemorragia no cérebro.

AVC HEMORRÁGICO



Hemorragia em uma área cerebral

AVC ISQUÊMICO



Obstrução em uma artéria do cérebro

Manifestações Clínicas

- ⇒ Paralisia ou perda de controlo muscular (geralmente num dos lados do rosto e do corpo);
- ⇒ Falta de equilíbrio;
- ⇒ Dificuldade de deglutição;
- ⇒ Dificuldades na linguagem: na produção, compreensão, na leitura e na escrita;
- ⇒ Problemas de visão: visão turva ou dupla visão e perda de visão;
- ⇒ Dificuldades em reconhecer objetos familiares ou saber com os usar;
- ⇒ Problemas cognitivos: a nível do pensamento, memória, concentração e atenção;
- ⇒ Cansaço extremo ou dificuldades ;
- ⇒ Problemas emocionais: depressão, ansiedade e mudanças de humor.

Impedir o que o AVC se repita

- ⇒ Siga os conselhos do seu médico para mudar o seu estilo de vida (dieta e exercício físico);
- ⇒ Controlar a pressão arterial regularmente;
- ⇒ Tomar os medicamentos prescritos para prevenir o coágulo ou para baixar o colesterol (mesmo quando vai de férias).

Benefícios da Reabilitação e do Suporte Social

A reabilitação tem como objectivo ajudar as pessoas que sofreram um AVC a recuperar a sua independência, a reaprender as capacidades que se perderam com a lesão ou aprender novas capacidades que possam substituir as que se perderam e a encontrar uma forma de lidar com as dificuldades permanentes.

A reabilitação começa no hospital com uma equipa multidisciplinar mas o suporte social (família e amigos) e a reabilitação na comunidade (através de grupos de auto-ajuda, médico de família ou serviços sociais) são de igual importância neste processo.

O regresso a casa pode ser assustador porque a maioria das pessoas ainda não está totalmente recuperada no momento de deixar o hospital, e por isso, a recuperação e a reabilitação continua em casa.

Desta forma, os cuidadores familiares tornam-se de extrema importância neste processo. Devem, assim, aprender práticas que são necessárias para tomar conta de alguém que está a recuperar de um AVC e ser pacientes pois este é o processo de recuperação e reabilitação pode ser demorado.

EXERCÍCIOS
DE ESTIMULAÇÃO
COGNITIVA

ATENÇÃO

Exercício 1

Instruções: Assinalar o número 2.

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

Exercício 2

Instruções: Assinalar os números 3 e 5.

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

Exercício 3

Instruções: Assinalar o número 6.

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

Exercício 4

Instruções: Assinalar os números 1 e 8.

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

Exercício 5

Instruções: Assinalar o número 2.

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

Exercício 6

Instruções: Assinalar os números 7 e 9.

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

Exercício 7

Instruções: Assinalar a letra M

A	M	A	R	F
S	O	L	I	M
A	H	Q	L	S
I	M	A	R	A
E	A	N	M	P

Exercício 8

Instruções: Assinalar as letras A e C.

A	P	C	U	F
S	O	L	I	C
F	H	C	L	S
C	T	L	U	A
E	M	N	Z	C

Exercício 9

Instruções: Assinalar a letra D.

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

Exercício 10

Instruções: Assinalar as letras P e L.

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

Exercício 11

Instruções: Assinalar a letra R.

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

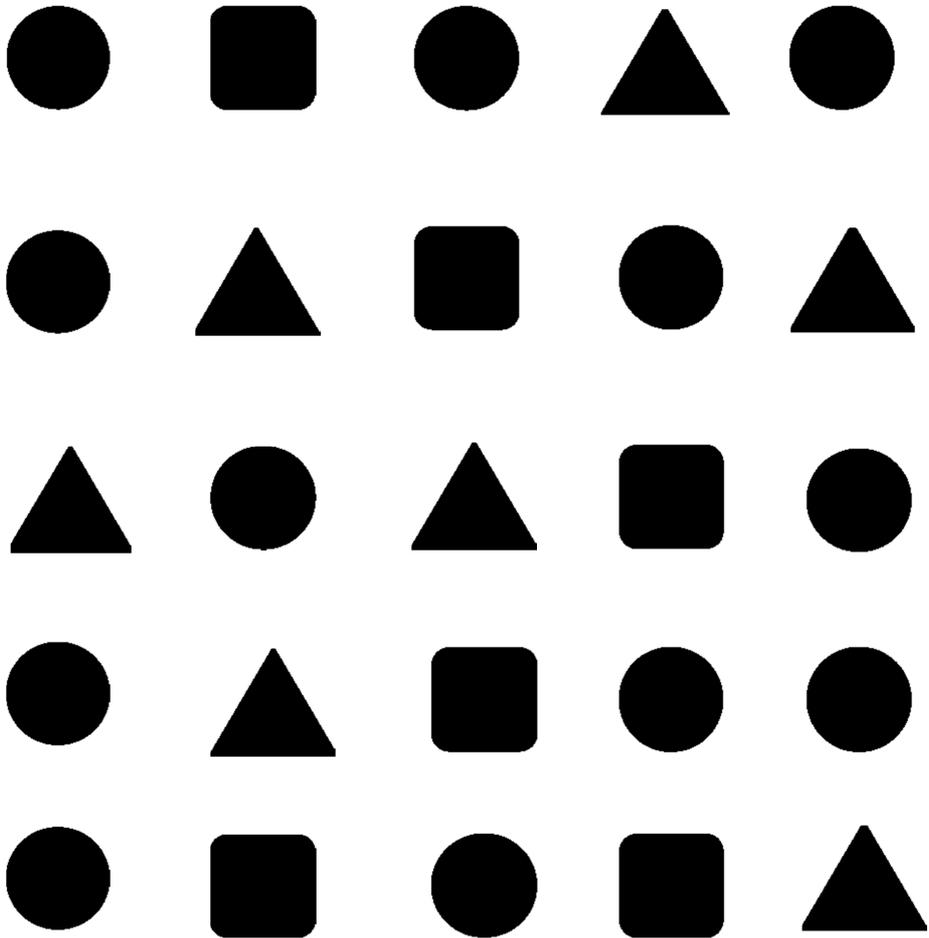
Exercício 12

Instruções: Assinalar as letras D e N.

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

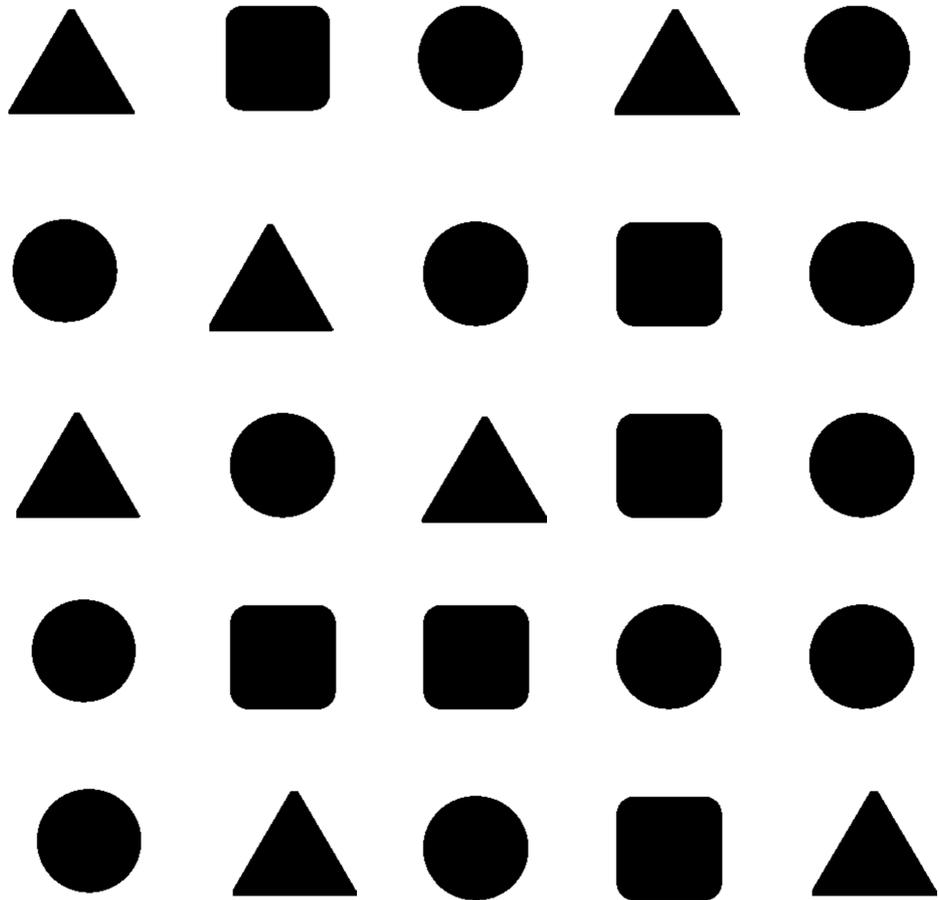
Exercício 13

Instruções: Assinalar os círculos.



Exercício 14

Instruções: Assinalar os quadrados.



Exercício 15

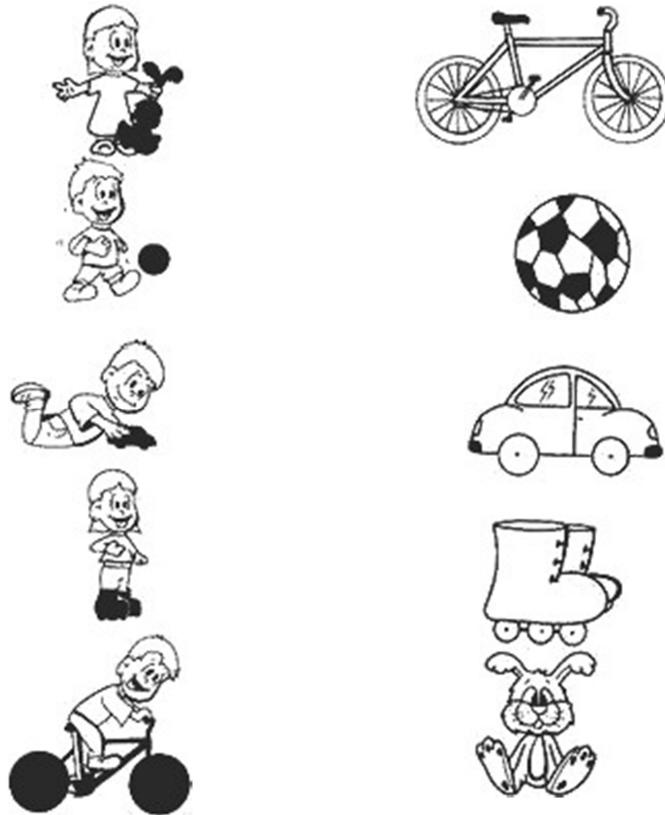
Instruções: Conte quantos números existem de cada número e aponte no número correspondente.

7	9	6	10	8
6	6	6	8	9
10	10	9	8	10
10	10	7	7	6
7	9	10	7	10

6	7	8	9	10

Exercício 16

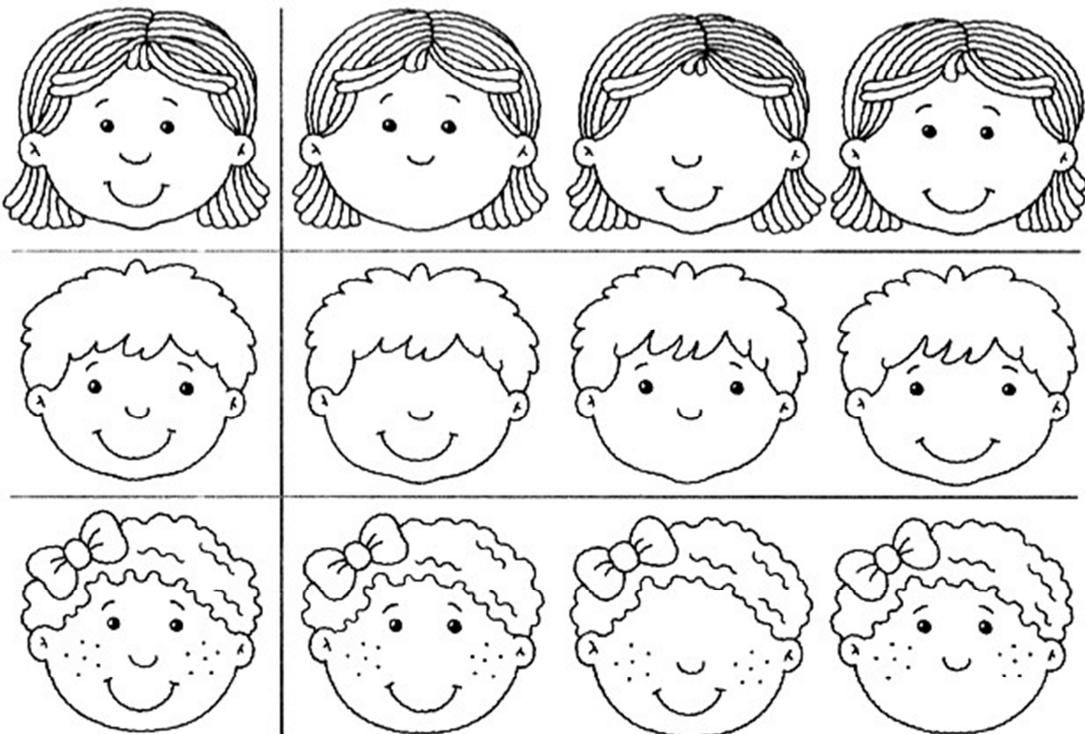
Instruções: "O que acha que a criança quer pedir no natal?" Ligue a criança ao objeto ideal.



Exercício 17 : Fase 1 Instruções: Comparando com a figura completa (indicar qual é), quero que complete as restantes. Em cada uma falta uma coisa. O que é?

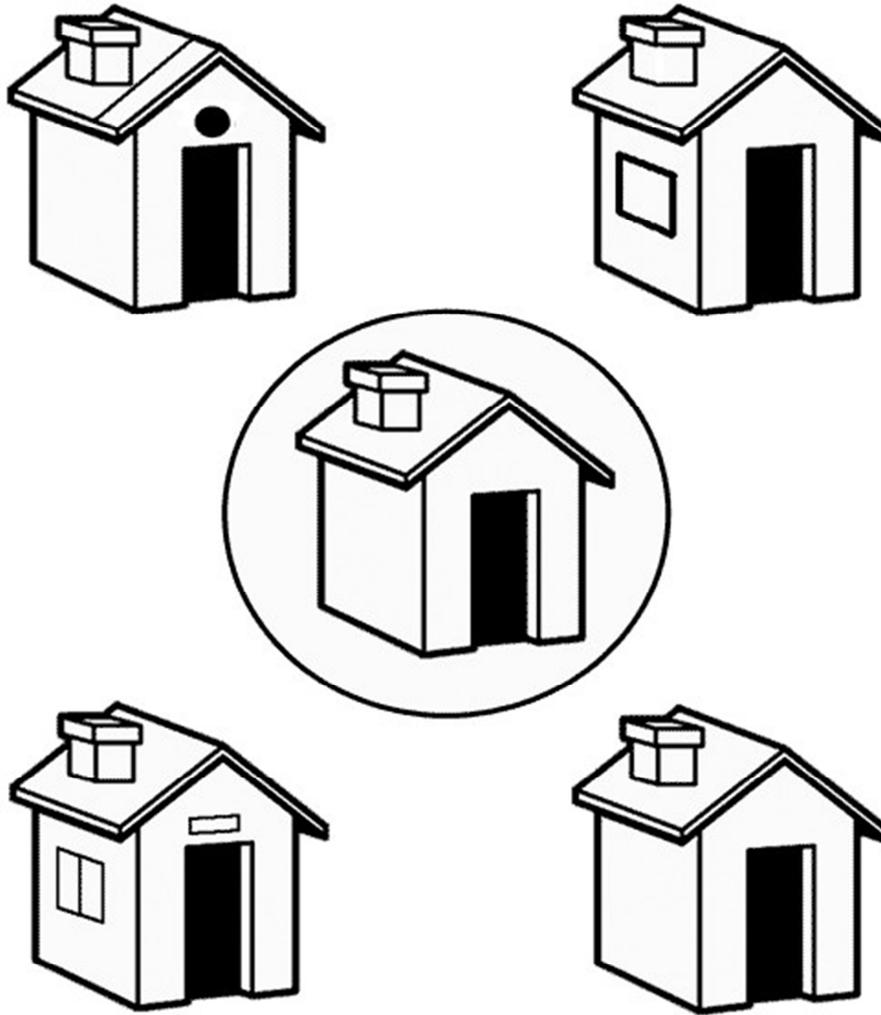


Fase 2: Instruções: Comparando com a figura completa (indicar qual é), quero que complete as restantes. Em cada uma falta uma coisa.



Exercício 18

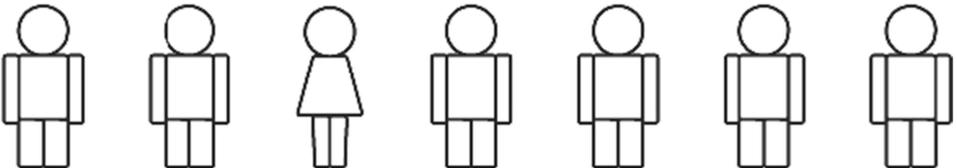
Instruções: Faça um círculo à volta da figura que é igual à do centro. Depois encontre as diferenças que existem nas outras.



Exercício 19

Instruções: Faça um círculo à volta da figura que é diferente do grupo.




MEMÓRIA

Exercícios de Memória Imediata

Exercício 1 a 3

DIRETO	Sozinho	Com ajuda	INVERSO	Sozinho	Com ajuda

Exercício 1

Instruções: Repita primeiro pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem.

Interlocutor	Doente
2 5	
6 3	
4 7 5	
1 7 4	
8 6 2 0	
2 7 4 5	
8 4 2 7 1	
4 3 8 1 3	
3 5 1 2 8 7	

Exercício 2

Instruções: Soletre pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem.

Interlocutor	Doente
Pá	
Mó	
Rio	
Sol	
Sala	
Copo	
Festa	
Porta	
Pincel	
Casaco	

Exercício 3

Instruções: Repita a frase pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem das palavras da frase.

Interlocutor	Doente
Vou comer	
Tenho frio	
Hoje há sol	
Amanhã é domingo	
O céu está encoberto	
Depois vamos ao cinema	
O Manuel está com a Ana	
O Rui teve más notas a matemática	
Se amanhã não chover vamos à praia	

Exercícios Memória Recente- Objetos

Exercícios 4 a 6

DIRETO	Sozinho	Com ajuda	INVERSO	Sozinho	Com ajuda

Exercício 4

Instruções: Mostrar os seguintes objetos e pedir que os memorize.

Exercício 1
Maça
Lápis

Exercício 2
Carro
Boneca

Exercício 7
Panela
Colher
Pasta dos dentes

Exercício 3
Chupeta
Bola

Exercício 4
Telefone
Clip

Exercício 8
Envelope
Laranja
Palito

Exercício 5
Folha de Papel
Candeeiro

Exercício 6
Chaves
Óculos
Caneca

Exercício 9
Lápis
Alfinete
Relógio

Exercício 5

Instruções: Mostrar os seguintes objetos e pedir que os memorize.

Exercício 6

Instruções: Mostrar os seguintes objetos, formando 4 conjuntos. Pedir que memorize os intrusos de cada conjunto de objetos.

Exercícios Memória Remota

Exercício 1- Complete as seguintes frases:

1. A laranja é uma _____
2. A capital de Portugal é _____
3. A sardinha é um _____
4. A Primavera começa no mês de _____
5. O animal que ladra é o _____
6. A rosa é uma _____
7. As pernas são parte do _____
8. A língua que se fala em Inglaterra é o _____
9. O barco anda na _____
10. A primeira letra do abecedário é o _____
11. As uvas nascem nas _____
12. A vaca dá-nos a carne e o _____
13. A camisola é uma peça de _____
14. Um lápis serve para _____
15. A visão é um dos cinco _____
16. O irmão do meu pai é meu _____

Consulta de Reabilitação Neuropsicológica

Estratégias- Família

Nome: AR

Processo: CXXX

Data de Nascimento: 02/09/2008

Idade: 7 anos

Principais problemas identificados:

1. Baixa tolerância à frustração;
2. Comportamento de oposição acompanhado de resistência à comunicação oral;
3. Alterações ao nível da autoestima/autoconfiança.

Estratégias a adotar:

1. *Baixa tolerância à frustração*

- Explicar à criança, numa linguagem adaptada, a importância da gestão da frustração (importante para se adaptarem ao meio ambiente, estimula a criatividade e a capacidade de calcular alternativas de resposta ao problema; estimula a persistência perante situações difíceis; promove a autonomia e sentimentos de autoconfiança);
- Definir, explicar à criança e implementar regras e limites claros;
- Utilizar estratégias de reforço positivo e fazer a gestão dos desejos da criança de forma não imediatista (estratégias de compensação a médio ou longo prazo como por exemplo “Se fizeres os trabalhos de casa podes ver televisão” ou “Quando chegar o natal ou o teu dia de anos tens a prenda que queres”);
- Estabelecer rotinas em casa e segui-las (manter rotinas e hábitos promove na criança um sentimento de conforto e segurança; a existência de horários para dormir, para comer, para fazer os trabalhos de casa e para brincar é muito importante);
- Coerência e persistência nas práticas educativas e, em particular, na aplicação e cumprimento de castigos/reforços negativos (se for aplicado um castigo, ele

deve ser levado até ao fim e não estar constantemente a ser interrompido por algum comportamento ajustado da criança);

- Procurar um equilíbrio entre os cuidados que a criança realmente precisa e a super- proteção (não ceder a birras).

Estratégias a adotar:

2. Comportamento de oposição acompanhado de resistência à comunicação oral;

- Não permitir a comunicação que não é efetiva ou corrigir sempre que necessário (se a criança opta por comunicar gestualmente, pedir-lhe para explicar verbalmente, promovendo esta forma de comunicação);
- Não acorrer de imediato quando a criança faz birras, potenciando que ela aprenda a conter as suas emoções, conversando mais tarde com ela acerca do seu comportamento, dos motivos para tal e das formas alternativas e adaptativas de expressar as suas emoções);
- Clarificar fronteiras e definir bem os papéis e as tarefas de cada um dos elementos da família de modo claro criança que não lhe cabe tomar decisões e definir ou dizer aos pais o que fazer;
- Esclarecer à criança que amar não significa fazer todas as vontades; os pais devem demonstrar criança que não podem fazer tudo o que ela quer e que necessário respeitar as outras pessoas;
- Não é NÃO. Deve ser clarificado com a criança que quando pais lhe dizem que não, ela deve respeitar. Para tal, os pais tem de ser firmes e não ceder perante a birra da criança pois só dessa forma perceberá que efectivamente não tem benefícios em manter o comportamento de oposição.

Estratégias a adotar:

3. Alterações ao nível da autoestima/autoconfiança.

- Potenciar que a criança desenvolva uma imagem positiva de si própria (os pais devem promover a autonomia, possível para a idade, e demonstrar que confiam nas suas opções);

- Validar a criança, mesmo quando faz algo mal, de forma a não provocar um efeito negativo na sua autoestima; explicar-lhe o que fez mal e o porquê e mostrar-lhe que tem a possibilidade de decidir de forma diferente numa próxima oportunidade –desaprovar o comportamento mas não a criança;
- Promover a resolução de problemas e a tomada de decisão, não aceitando desistências precoces ou ausência de investimento (é importante que a criança perceba que tem a confiança dos pais para poder tomar decisões, e que tem igualmente capacidade, dentro das suas aprendizagens, para pensar sobre as suas atitudes)
- Reservar algum tempo diário só para a criança (para brincar por exemplo) e explicar-lhe que aquele tempo é só dela (promove a autoestima da criança uma vez que a faz sentir especial e admirada);
- Elogiar e valorizar quando faz alguma coisa bem.

Comunicação de Más Notícias

Verónica Rodrigues
Psicóloga Estagiária - Serviço de Psicologia



Má Notícia

“Qualquer informação que altere de forma drástica e negativa o modo como o doente perspetiva o seu futuro”.
(Pereira, 2005)

A **gravidade da notícia** percebida pelo doente depende de:

- . Expectativas criadas
 - . Como se sente fisicamente
 - . Experiências de vida
 - . Crenças de saúde
 - . Personalidade
 - . Rede de suporte social
-
-

Quem deve dar as más notícias?

O **médico responsável** pelo doente, com quem este tenha estabelecido **relação de confiança** e que esteja **disponível** para responder às questões colocadas após a tomada de conhecimento.

No caso de estar **mais do que um clínico** presente, a **informação deve ser coordenada** e transmitida a um ritmo que o doente/familiar possa acompanhar.



Aspetos da comunicação de más notícias

Ø Receios do Profissional de Saúde

- . Medo do desconhecido e do não aprendido
- . Medo da reação emocional do doente e do familiar
- . Medo de retirar a esperança ao doente
- . Medo de ser culpado
- . Medo de não saber todas as respostas
- . Medo pessoal da morte e da doença.
- . Medo de expressar emoções

Ø Fatores relacionados com o descontentamento dos Doentes

- . Comunicação apressada
- . Utilização de uma linguagem técnica (dificuldade na compreensão acentua as desigualdades da relação)
- . Não lhes ser dado tempo para falar ou colocar questões
- . Pouca disponibilidade do médico para ouvir

(Ptacek et al, 2001; Simpson, M et al, 1991)

Transmissão de Esperança

Dizer a verdade ou não?

Fator essencial na comunicação de más notícias.

A comunicação da notícia deverá ser:

- . Realista
- . Dirigida a objetivos alcançáveis (Schmid Mast et al, 2005)

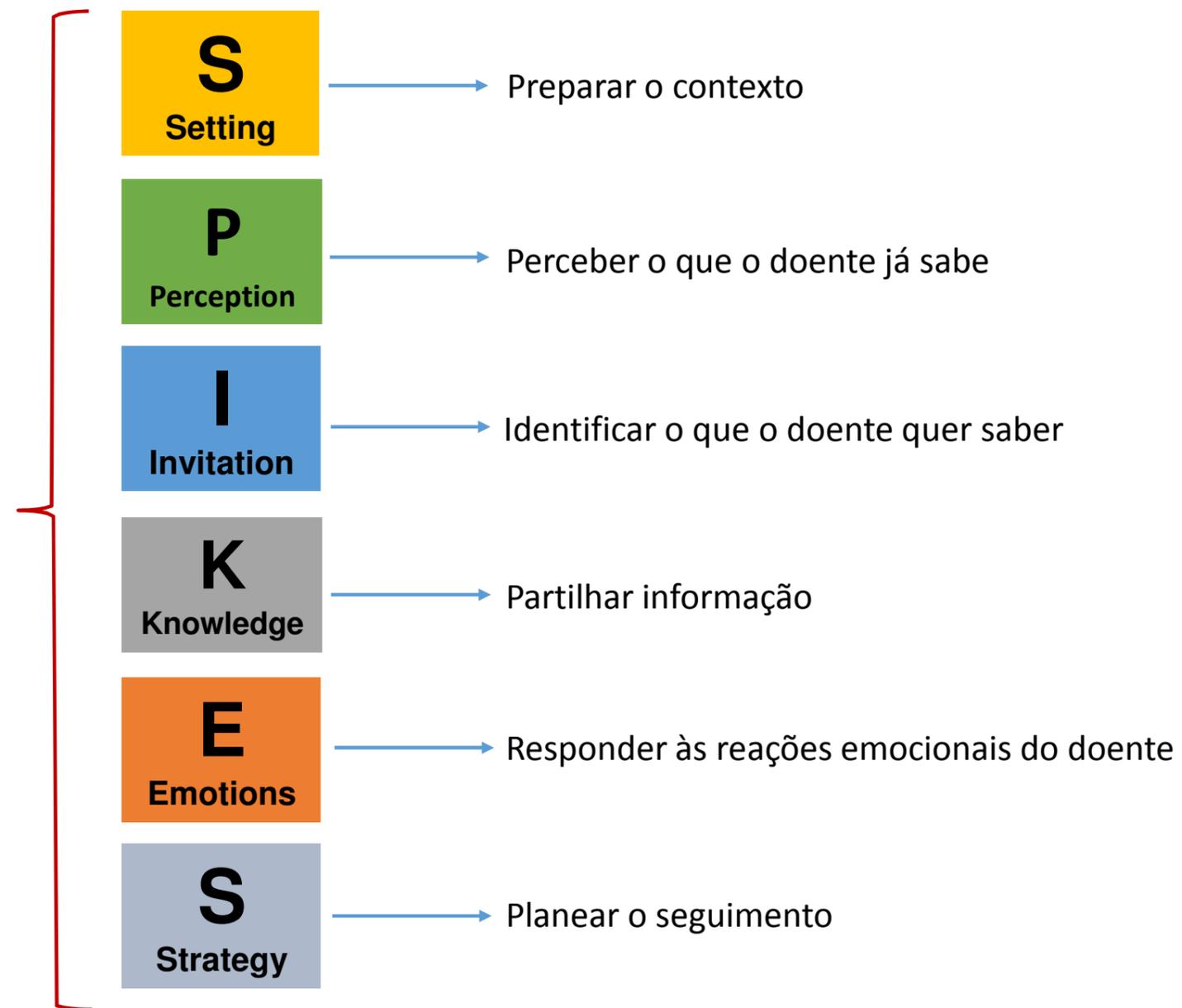
Num contexto de reabilitação deve ser orientada para:

- . objetivos dos cuidados
- . controlo sintomático
- . preservação da funcionalidade
- . recursos de apoio

Então... Como fazê-lo?

Modelo SPIKES

(Baile, Buckman, Lenzi Guber, Beale, Kudelka Spikes, 2000)



Setting up the interview

Preparar o contexto

Evitar o monólogo.

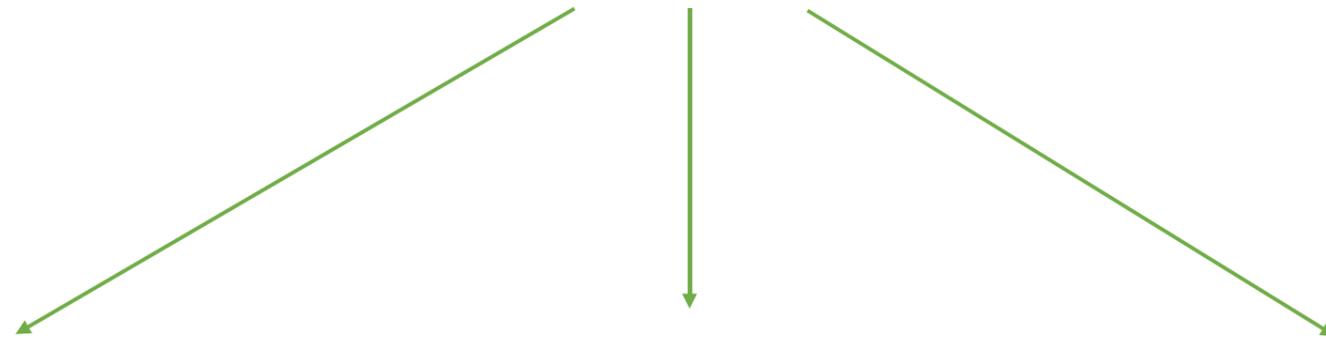
Presencial e sem interrupções

Privacidade e confidencialidade

Iniciar com questões abertas



Descobrir o que o doente já sabe



Escuta atenta

Perceber crenças e expectativas do doente acerca do impacto e gravidade da doença

Conteúdo emocional e estilo de comunicação



Perceber o que o doente quer saber

“Costumo fazer estas questões a todos os doentes. São questões de rotina.”

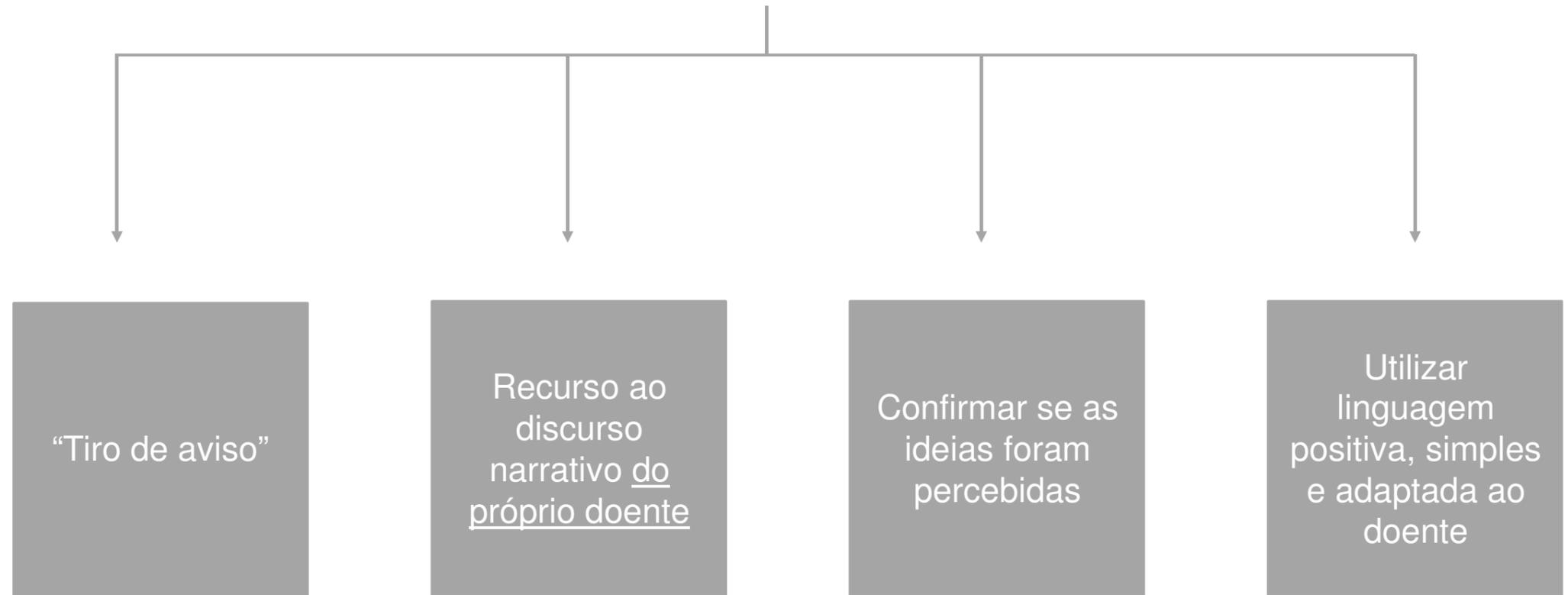
“Se o seu problema for grave, até que ponto gostaria de saber?”

“Falo consigo ou há alguém com quem prefira que eu fale?”

Mesmo que o doente não queira saber qual a sua situação, o clínico deve **manter abertas as linhas de comunicação** e a possibilidade de abordar os assuntos mais tarde.



Partilhar informação



“Tiro de aviso”

Recurso ao discurso narrativo do próprio doente

Confirmar se as ideias foram percebidas

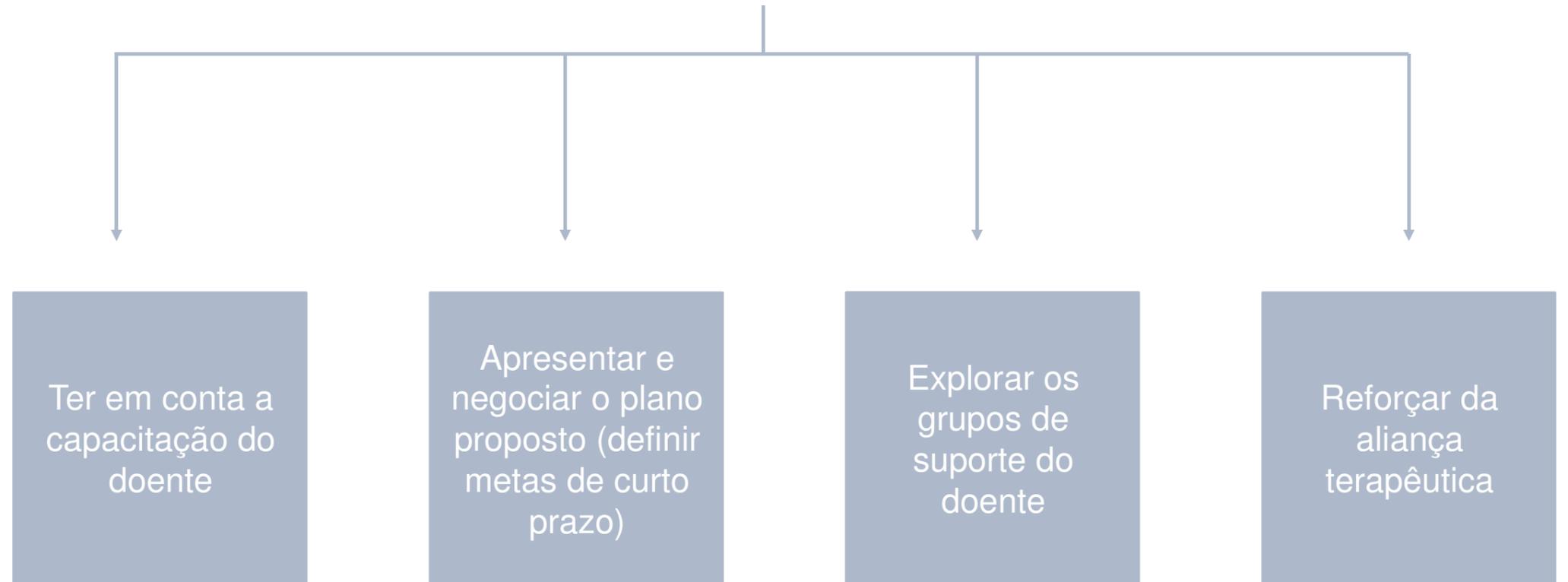
Utilizar linguagem positiva, simples e adaptada ao doente

Manter a esperança sem criar ilusões.

Responder às reações emocionais do doente



Plano e Follow-Up



Em síntese...

O modelo **SPIKES** é composto por seis passos que fornecem estratégias para uma comunicação eficaz.

S	Setting	Postura do profissional
P	Perception	Perceção do paciente
I	Invitation	Troca de informação
K	Knowledge	Partilha de Conhecimento
E	Emotions	Explorar e enfatizar as emoções
S	Strategy	Estratégias e síntese

O objetivo é habilitar o clínico a preencher os **quatro objetivos** mais importantes da transmissão de más notícias:

- ∅ recolher informações dos doentes
- ∅ transmitir informações médicas relevantes
- ∅ proporcionar suporte ao doente
- ∅ induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou planos de tratamento para o futuro

Desta Forma ...

- Ø Um melhor treino clínico na comunicação de más notícias beneficiará tanto os clínicos como os doentes.

 - Ø As **competências** de quem transmite a notícia influenciam:
 - . O **ajustamento emocional** do doente
 - . A **relação** terapêutica posterior com o doente
 - . A **adesão** terapêutica do doente
 - . O **prognóstico**
 - . O **desgaste emocional** do profissional de saúde
-
-



IMPROVE THEIR



EXPERIENCE

Caso Clínico F

Programação do Treino Cognitivo (utilizando o Programa CogniPlus)

1. Duração do programa de treino

10 semanas, com uma periodicidade de uma vez por semana.

2. Total de sessões

10 sessões, cada uma com uma duração de 40 minutos.

3. Funções a estimular

Atenção, Memória e Funções Executivas.

4. Tarefas Programadas para Estimulação Cognitiva (CogniPlus)

4.1. Exercícios para a Atenção

- **ALERT** (estado de alerta): Treina a capacidade para temporariamente aumentar e manter a intensidade da atenção.

TAREFA

Irá surgir uma mota em andamento ao longo de uma estrada. A tarefa do paciente consiste em observar atentamente as imagens que lhe são apresentadas, pressionando a tecla de reação, tão rápido quanto possível, quando surgirem obstáculos. Se o paciente reagir de forma atempada, a mota abranda e o obstáculo desaparece para que o condutor possa seguir o seu caminho. Se a reação não for atempada, ocorre uma “paragem de emergência”; ouve-se um som alto, a mota pára e um ponto de exclamação amarelo surge no ecrã.

- **FOCUS** (atenção concentrada): Treina a capacidade para reagir apenas a estímulos relevantes entre vários estímulos distratores.

TAREFA

Um barco navega numa paisagem em África. O doente é confrontado com um conjunto de estímulos diferentes: sons de pássaros, libelinhas a voar, ruínas nas margens do rio, quedas de água, etc. A tarefa consiste em reagir apenas aos estímulos pré-definidos como relevantes, sem se deixar distrair pelos restantes estímulos.

4.2. Exercícios para a Memória

- **VISP** (Memória Visuoespacial): Visa melhorar a performance ao nível da memória de trabalho visuoespacial.

TAREFA

No VISP o doente avista um conjunto de barcos no oceano. Na fase de memorização, alguns destes barcos surgem iluminados ou, então, desaparecem. Seguidamente, na fase de repetição, o paciente é encorajado de várias formas a praticar a repetição, devendo para o efeito, reproduzir a sequência na qual os barcos foram indicados (fase de evocação).

- **CODING** (memória de trabalho: codificação espacial): Incide sobre os processos de monitorização e codificação espacial, ao nível da memória de trabalho visuoespacial.

TAREFA

O doente observa veículos em circulação numa ponte (fase de memorização). Enquanto circulam sobre a ponte os veículos desaparecem da visão do paciente (fase de repetição). Quando reaparecem no final da ponte, um dos veículos pode ter mudado a sua posição espacial. Este veículo deve ser identificado (fase de evocação) –isto envolve comparar a nova disposição dos veículos quando estes saem da ponte com a inicial, identificando as diferenças nas disposições.

- **DATEUP** (memória de trabalho: memória espacial): trabalha ao nível da atualização da informação espacial, na memória de trabalho. A atualização é a capacidade para renovar os conteúdos presentes na memória de forma controlada e direcionada para um determinado objetivo.

TAREFA

O doente observa borboletas a sobrevoarem flores em contexto natural, sendo que quando uma pousa, outra levanta voo. São colocadas questões ao paciente, devendo este assinalar uma ou mais borboletas, dependendo do tipo de tarefa - por exemplo, assinalar a última borboleta, as últimas três ou a última de três tipos de borboletas diferentes.

- **NAMES** (associação face-nomes): Permite treinar estratégias eficazes de aprendizagem de nomes de pessoas e associá-los às faces.

TAREFA

No NAMES o doente é instruído a relembrar o nome de indivíduos. O nome deve ser evocado quando surgirem imagens dessa pessoa. No decurso do treino são ensinadas ao paciente estratégias de apoio à aprendizagem e evocação. A dificuldade das tarefas altera sistematicamente no decurso do programa. Nos níveis de dificuldade mais elevados os indivíduos são apresentados aos pacientes, por um locutor, à semelhança do que acontece numa festa. O objetivo é simular uma situação real na qual devem ser relembrados vários

4.3. Exercícios para as Funções Executivas

- **PLAND** (planeamento e programação da ação): No programa de treino PLAND são trabalhadas as capacidades de planeamento e execução de ações através da apresentação de uma lista de tarefas diárias a realizar.

TAREFA

O doente é instruído a cumprir planos, previamente estabelecidos, com ordem específicas e horários a seguir. À medida que a complexidade aumenta, o doente tem de ser capaz de organizar a sua linha de pensamento para, sozinho, planear o dia a decorrer.

- **HIBITR** (inibição e flexibilidade mental): O programa de treino HIBIT trabalha a inibição de respostas – a capacidade para suprimir reações não desejadas - “paradigma Go No Go”.

TAREFA

Nesta tarefa o doente assume o papel de um funcionário dos correios que deve separar as cartas e encomendas tão rápida e corretamente quanto lhe for possível, pressionando um botão. Este deve ter em atenção alguns aspetos específicos (p. ex.: a presença de um selo) que indicam quando deve ou não reagir. Existem quatro cenários diferentes que requerem exigências diferentes ao nível da capacidade do doente suprimir a reação.

CASO CLÍNICO F - RESUMO DAS CONSULTAS

REGIME DE INTERNAMENTO

Data da Consulta: 23.11.2015

Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Doente com humor tendencialmente eutímico.

Discurso perceptível. Interação adequada com o interlocutor.

Colaborante.

Doente refere viver com os pais e ter o 9º ano de escolaridade completo.

Administrados, para rastreio:

- MoCA, cujos resultados (15/30) sugerem alterações cognitivas, especialmente ao nível das capacidades VE, memória e FE;
- IFS, cujos resultados (18/30) apontam para alterações executivas, sobretudo no âmbito da flexibilidade cognitiva;
- HADS, cujos resultados não sugerem presença de sintomatologia psicopatológica.

O TeLPI não foi aplicado atendendo às limitações do doente ao nível da expressão.

A aprofundar avaliação das FE.

Data da Consulta: 30.11.2015

Aprofundamento da Avaliação (Parte 1)

Doente colaborante. Humor tendencialmente eutímico.

Interação adequada com o interlocutor.

Administrada BADS para aprofundamento das FE. Desempenho do doente sugere funcionamento executivo deficitário, com limitações ao nível da flexibilidade mental e da capacidade para mudar um padrão de resposta previamente estabelecido; alterações da capacidade de planeamento, mais especificamente da capacidade de conceção de estratégias de ação; e, dificuldades na capacidade de organização temporal das tarefas e da capacidade de automonitorização do desempenho.

Doente a beneficiar de programa de estimulação cognitiva orientado para a estimulação das FE.

Data da Consulta: 13.01.2016

Aprofundamento da Avaliação (Parte 2)

Avaliação para intervenção partiu dos dados recolhidos no final de novembro de 2015, na medida em que se entende que o curto período que medeia as duas datas e o facto de não ter estado integrado em programa de reabilitação neuropsicológica não justificam readministração dos mesmos testes.

Na altura da alta não havia sido aprofundada a avaliação da memória, domínio no qual o rastreio sugeria a existência de alterações, pelo que se terminou essa avaliação, administrando-se a WMS III.

Doente mostrou-se colaborante na realização das tarefas propostas. Apresentou humor eutímico, interagindo adequadamente com o interlocutor.

O discurso mostrou-se mais perceptível, utilizando o doente estratégias com esse objetivo.

O desempenho do doente na WMS revela um funcionamento da memória imediata, memória geral e memória de trabalho muito inferiores quando comparado com o do grupo de referência (memória imediata e memória geral no Pc <0.1 e memória de trabalho no Pc0.4).

A iniciar programa de reabilitação neuropsicológica com objetivos de estimular memória e funções executivas.

Data da Consulta: 20.01.2016

1ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente com humor eutímico e boa amplitude emocional. Colaborante durante a realização de todas as tarefas.

Discurso razoavelmente perceptível. Doente utiliza estratégias facilitadoras da interação, como escrever as palavras mais complicadas. Elevada distratibilidade durante as tarefas conduziu à seleção de exercícios para estimulação da atenção numa fase inicial da sessão.

Doente iniciou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas:

- ALERT (estado de alerta) - o doente progrediu do nível 1 para o nível 6, apresentando capacidade para aumentar e manter, temporariamente, a intensidade da atenção.
- VISP (memória visuoespacial) - o doente mantém o nível 1 de dificuldade. Parece existir alguma dificuldade na organização e gestão de informações complexas já que, concretamente, consegue memorizar quais os barcos iluminados mas não a sua ordem.

- CODING (memória de trabalho) - houve uma evolução do nível 1 para o nível 3. O doente é capaz de identificar se a disposição dos carros sofreu ou não alterações, sugerindo capacidade de armazenamento e recuperação da informação.

- HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório) - foi trabalhada a inibição da resposta, mantendo-se o doente no nível 1 durante todo o tempo da tarefa. São evidentes dificuldades ao nível da flexibilidade cognitiva, havendo alguma resistência à mudança de regras. Demonstra também um tempo de resposta elevado, sugerindo uma lentificação na velocidade de processamento (reage tarde demais ao estímulo).

A manter estimulação semanalmente.

Data da Consulta: 27.01.2016

2ª Sessão de estimulação Cognitiva

Doente com humor eutímico.

Colaborante embora com elevada distratibilidade, o que implica constantes orientações com vista à facilitação do cumprimento das tarefas solicitadas.

Realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus:

Desempenho no VISP (memória visuoespacial) sugere manutenção da dificuldade na organização e gestão de informações complexas (nível 3).

Mantém desempenho no CODING (memória de trabalho) - nível 3. Apesar de o doente se mostrar capaz de armazenar informação, este processo só acontece por períodos de tempo curtos, esquecendo-se da resposta correta se a recuperação da informação não for imediata.

Desempenho no HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório) a permitir evolução para o nível 2, mantendo-se dificuldades marcadas ao nível da inibição e aumento da precipitação da resposta quando começa a falhar.

Entregue ao doente um diário de auto-preenchimento, como estratégia complementar às dificuldades de memória, para utilização fora do contexto de sessão. Realizou-se o primeiro preenchimento, combinando-se revisão semanal. Explicado procedimento aos pais para facilitação do exercício com o doente nos períodos em que estão juntos, no final do dia.

Data da Consulta: 01.02.2016

3ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente com humor eutímico. Colaborante durante a realização das tarefas.

Interação por vezes desinibida com o interlocutor, sugerindo alguma impulsividade e dificuldades ao nível da inibição.

Realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus:

No ALERT (estado de alerta), desempenho permitiu a progressão do nível 6 para o nível 7; o doente apresenta capacidade para manter, temporariamente, a intensidade da atenção embora seja necessária orientação do interlocutor para que não se distraia.

No FOCUS (atenção concentrada) o doente mantém o nível um de dificuldade durante toda a tarefa, demonstrando lentificação na procura do estímulo e falhando muitas vezes por apresentar um tempo de resposta longo, o que aponta para lentificação na velocidade de processamento.

No VISP (memória visuoespacial) o doente mantém-se no nível 3; as dificuldades atencionais interferem significativamente na realização deste exercício e são evidentes dificuldade na organização e gestão de informações complexas.

No CODING (memória de trabalho) o desempenho do doente conduziu a uma progressão até ao nível 5 embora se verifique um posterior retrocesso para o nível 4. O doente armazena a informação de forma eficaz em apenas pequenas quantidades, sendo que à medida que a quantidade de informação aumenta, apresenta mais dificuldade em memorizá-la.

No HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório) verifica-se uma regressão do nível 2 para o nível 1, com o doente a revelar muitas dificuldades ao nível da inibição da resposta, frustrando facilmente ao longo do exercício por não o conseguir realizar de forma correta. Desmotiva bastante quando ouve o estímulo auditivo cada vez que erra, sendo necessário um reforço positivo por parte do interlocutor para mantê-lo na tarefa.

Data da Consulta: 08.02.2016

4ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente com humor eutímico e adequada amplitude emocional. Colaborante durante a realização de todas as tarefas.

Realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus:

Desempenho no ALERT (estado de alerta) manteve-se no nível 7, apresentando o doente capacidade para manter, temporariamente, a intensidade da atenção.

No FOCUS (atenção concentrada), doente mantém-se no nível 1, necessitando de reforço por parte do interlocutor para se manter na tarefa de forma eficaz.

Desempenho no VISP (memória visuoespacial) permite evolução do nível 3 para o nível 4, identificando o doente os estímulos mas não sendo capaz de recuperar a ordem do seu aparecimento, o que aponta para dificuldades na retenção de informação mais complexa.

No CODING (memória de trabalho), o doente progrediu até ao nível 6, sugerindo um aumento na sua capacidade de armazenar uma maior quantidade de informação.

No HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório), atinge o nível 2, mantendo as dificuldades ao nível da inibição da resposta apesar de se verificar uma maior tolerância à frustração quando erra e uma maior capacidade para se manter atento e calmo nas respostas posteriores ao erro.

A alta do doente está prevista para dia 10-02-2016. Será entregue à família um caderno de estimulação impresso, para o doente realizar exercícios em casa, paralelamente à estimulação cognitiva a iniciar-se no âmbito da Consulta Externa de Reabilitação Neuropsicológica.

REGIME DE CONSULTA EXTERNA

Data da Consulta: 17.02.2016

5ª Sessão de Estimulação Cognitiva

O doente apresenta-se orientado espacial e temporalmente.

Humor eutímico. Boa amplitude emocional.

Colaborante e com um discurso fluente e adequado, apesar das limitações. Utiliza algumas estratégias adaptativas como tapar o nariz em algumas palavras para que se percebam melhor.

O doente realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus, no seguimento da intervenção que vinha sendo realizada durante o internamento.

No ALERT (estado de alerta) manteve-se no nível 7, revelando capacidade para manter, temporariamente, a intensidade da atenção, não obstante o seu desempenho estar comprometido pelo tempo de reação muito longo que apresenta desde que vê o estímulo, até que reage.

No VISP (memória visuoespacial) e no CODING (memória de trabalho), o doente mantém os níveis atingidos, 4 e 6 respetivamente. Os exercícios de memória são os que o doente tem mais dificuldade de realizar de forma autónoma, precisando de constante motivação e compensações externas.

No HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório) o doente atinge o nível 4 de dificuldade, revelando melhorias significativas na inibição a estímulos específicos.

Inicia PLAND (Funções executivas: Planeamento e execução de ações) para trabalho da capacidade de planeamento e execução de ações através da apresentação de uma lista de tarefas diárias a realizar. O doente atingiu o nível 5 de dificuldade, realizando todas as tarefas de forma eficaz, o que sugere uma capacidade de planeamento da ação mantida. Contudo, é necessária uma constante atualização das regras para que consiga realizar a ordem das tarefas de forma correta, o que aponta para fraca capacidade de automonitorização do desempenho. A manter intervenção.

Data da Consulta: 24.02.2016

6ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente colaborante, realizando todas as tarefas sem resistência ativa.

Realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus.

Na tarefa ALERT (estado de alerta), o doente progrediu para o nível 8, havendo uma melhoria no seu tempo de resposta, sugestiva de um melhor tempo de reação (i.e. melhoria na velocidade de processamento da informação).

Na tarefa VISP (memória visuoespacial), mantém o nível 4, sendo este exercício de memória o exercício em que o doente demonstra mais dificuldade, mesmo com recurso a estratégias complementares.

Na tarefa CODING (memória de trabalho), o doente atingiu o nível 7 apesar de ter terminado o exercício no nível 5. Demonstra elevada frustração quando começa a errar, não conseguindo acalmar-se de forma autónoma de modo a continuar o exercício de forma eficaz.

Na tarefa HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório) atinge o nível 4 mas retrocede até ao nível 3. Apesar de apresentar um menor tempo de reação aquando do aparecimento do estímulo, revela também uma grande precipitação na resposta.

Por último, na tarefa PLAND (funções executivas: planeamento e execução de ações), o doente atingiu o nível 6 de dificuldade, realizando todas as tarefas de forma eficaz, embora mantenha uma fraca capacidade de automonitorização do desempenho.

A manter intervenção.

Data da Consulta: 02.03.2016

7ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente colaborante, realizando todas as tarefas sem oposição.

De uma forma geral o doente apresenta melhores resultados em tarefas em que assume um papel ativo na resolução do problema.

Realizou treino de estimulação cognitiva nas áreas de atenção, memória e funções executivas, com recurso ao programa Cogniplus:

Na tarefa CODING (memória de trabalho), o doente encontra-se no limite do nível 4 (retrocedendo várias vezes para o nível 3). Parecem existir dificuldades marcadas na retenção de informação mais complexa (quanto maior a quantidade de estímulos a reter, pior o desempenho), agravadas pelos comprometidos processos atencionais do doente. Necessidade de uma motivação constante por parte do interlocutor para que o doente se concentre no exercício.

Introduz-se a tarefa DATEUP (memória de trabalho espacial), na qual o doente evoluiu do nível 1 para o nível 2 de dificuldade, parecendo existir capacidade de renovar os conteúdos presentes na sua memória de forma controlada e direcionada para um determinado objetivo.

Introduz-se, também, a tarefa NAMES (memória de longo prazo - associação face - nome), e em que o doente mantém o primeiro nível de dificuldade. Potenciação da construção de estratégias a usar para a memorização de nomes que podem ser generalizadas para a vida quotidiana do doente.

Por último na tarefa HIBIT-R (funções executivas - controlo inibitório), o doente progrediu para o nível 5. Melhoria significativa na capacidade para inibir a resposta a estímulos negativos, resultante da estratégia implementada que consiste em verbalizar a resposta ao mesmo tempo em que carrega (ou não) num botão.

A manter intervenção.

Data da Consulta: 08.03.2016

8ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente colaborante, realizando todas as tarefas sem resistência ativa.

Por motivos de potenciação da motivação optou-se por introduzir alterações na seleção das tarefas do programa de estimulação. Estimulou-se especificamente nesta sessão a área da memória, atendendo a tratar-se do domínio que, tendo em conta as evoluções ocorridas nas sessões anteriores, se mantém mais alterado.

Neste sentido foram introduzidos exercícios do Reahcom, verificando-se:

- Nos exercícios de memória topológica, o doente atingiu o nível 20 de dificuldade, evoluindo favoravelmente neste domínio.
- Nas tarefas de memória de palavras e figuras, manteve-se no nível 1 durante todo o tempo de treino desta tarefa, sugerindo dificuldades marcadas na evocação de informação mais abstrata (palavras e figuras soltas e sem qualquer ligação).
- Nos exercícios de memória verbal houve evolução até ao nível 20 de dificuldade.

De um modo geral, o doente apresenta uma maior dificuldade em tarefas que envolvam a memória de curto prazo, demonstrando um desempenho mais deficitário neste campo. Por outro lado, verifica-se (semanalmente) uma progressão na memória de longo prazo, sendo que o doente revela capacidade de evocação de ordens dadas anteriormente (de semana para semana).

Reuniu-se com a mãe do doente que refere sentir melhorias progressivas no desempenho do filho, nomeadamente no que diz respeito à memória, e que se refletem no seu quotidiano. Foram definidas tarefas para o doente levar para casa, de forma a potenciar a transposição dos resultados da estimulação para o seu dia-a-dia, ajudando-o na organização intencional do comportamento e nas falhas de memórias (e.g. avisar os pais todos os dias que está a dar o

telejornal às 20:00H, se necessário recorrendo a estratégias compensatórias como o uso de um alarme no telemóvel).

A manter intervenção.

Data da Consulta: 16.03.2016

9ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente colaborante. Realiza exercícios para treino de:

- Memória de trabalho, através da leitura e evocação de textos simples. Após uma primeira leitura o doente apenas é capaz de evocar pequenas quantidades de informação, melhorando ligeiramente numa segunda evocação.

- Funções executivas, realizando exercícios de flexibilidade mental e planeamento da ação.

O doente demonstra dificuldades na realização de tarefas que envolvam planeamento da ação com vista à resolução de problemas práticos (percorrer um caminho pré-determinado num mapa). Estas dificuldades sugerem uma fraca capacidade de organização e comportamento de forma intencional (através da conceção de estratégias comportamentais concretas). Ainda dentro do planeamento, mais concretamente nas tarefas de programação/sequenciação, o doente é capaz de realizar exercícios de ordenação de uma sequência lógica temporal em níveis de complexidade simples (organização até 4/5 ações, caso contrário a quantidade de informação torna-se demasiado extensa para o doente conseguir gerir).

A manter intervenção cognitiva.

Data da Consulta: 23.03.2016

10ª Sessão de Estimulação Cognitiva

Doente colaborante.

Realizados exercícios para treino de:

- Atenção e velocidade de processamento: o doente realiza os exercícios de forma rápida e sem ajudas externas, de forma eficaz na maior parte das vezes. São necessárias algumas intervenções posteriores à realização para que o doente retifique algumas falhas (e.g. deixar dois símbolos por seleccionar, por exemplo).

- Memória de trabalho, através da leitura e evocação de textos simples: o doente apresenta capacidade de evocar a informação, embora necessite de algumas pistas externas.

- Funções executivas: o doente realiza exercícios de flexibilidade mental de forma eficaz e sem erros, demonstrando capacidade de alterar o seu padrão de pensamento.

- Raciocínio lógico: o doente revela competência na realização de exercícios que consistam em completar sequências lógicas de figuras. Realiza todos os exercícios de forma eficaz, precisando de orientações breves na identificação de sequências mais difíceis, onde existe mais do que uma regra em vigor.

A reavaliar na próxima consulta.

Data da Consulta: 30.03.2016

Reavaliação

Doente colaborante em todas as tarefas propostas, com humor predominantemente eutímico. Revela postura de vitimização durante a prova, afirmando várias vezes que “não consigo por causa do que me aconteceu” (sic) e “eu agora não decoro coisas” (sic), prejudicando o seu desempenho com a recorrente tentativa de desistência.

Administrada, para reavaliação da memória, WMS-III. O desempenho do doente mantém-se num nível muito inferior quando comparado com o seu grupo de referência, sugerindo défices marcados em todos os domínios da memória e apresentando. Verificam-se ligeiras melhorias ao nível da memória de trabalho, com progressão do doente do Pc 0.4 para o Pc 1.

A concluir reavaliação na próxima consulta.

Data da Consulta: 06.04.2016

Comunicação dos Resultados

Doente colaborante em todas as tarefas propostas, com humor predominantemente eutímico. Administrada, para reavaliação das funções executivas, BADS. O desempenho do doente evoluiu de deficitário para médio, sugerindo melhorias transversais em todos os processos avaliados nos subtestes da prova, nomeadamente na flexibilidade mental, mais especificamente na capacidade para alterar um padrão de resposta previamente estabelecido; na capacidade de planeamento da ação, sendo o doente capaz de conceber estratégias de programação da ação de forma eficaz; e na capacidade de automonitorização do desempenho, embora o doente demonstre uma dispersão fácil quando não orientado para o foco, revelando ainda alterações ao nível da atenção sustentada e focada.

Agenda-se consulta com os pais para comunicação de resultados para dia 13 de Abril.

Data da Consulta: 04.05.2016

Consulta de Seguimento

Reunião com o doente e os pais com o objetivo de definir um plano de intervenção direcionado para inserção do doente em atividades sociais.

Foram discutidas, com os pais, algumas opções de atividades existentes, bem como discutida pertinência de trabalho de promoção de competências pessoais e sociais com o doente, paralelamente à sua inserção na atividade escolhida.

Definido que o doente reiniciará segunda fase de programa de reabilitação neuropsicológica orientado para a facilitação integração social, com os seguintes objetivos:

- Explorar e esclarecer as expectativas do doente em relação às competências sociais e pessoais, bem como aos resultados do processo;
- Ajudar o doente a expressar de forma correta as suas emoções;
- Proporcionar a partilha de expectativas e de opiniões num contexto seguro;
- Ensinar a comunicar de forma adequada e eficaz;
- Demonstrar diferentes estilos de comunicação e de relacionamento;
- Sensibilizar o doente para a importância de recorrer a pessoas que o possam ajudar, sempre que necessário;
- Ajudar o doente a perceber a importância das regras e do seu cumprimento para melhorar os relacionamentos;
- Ajudar o doente a pensar previamente nas consequências das suas ações;
- Impulsionar o envolvimento em atividades diversificadas.

A articular com a Associação Novamente, de forma a averiguar a hipótese de inserção do Fábio no grupo a ocorrer todas as quartas-feiras das 18:00H às 20:00H no CRN.

A iniciar o programa de competências sociais e pessoais dia 18 de Maio.