



Mestrado em Neuropsicologia Clínica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

Juliana Fernandes

Nº20109

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia



Orientador: Dr. ° Bruno Peixoto

Supervisora: Dr.^a Sandra Guerreiro

Mestrado de Neuropsicologia Clínica

Ano: 2º ano

RESUMO

O presente relatório resulta de um estágio curricular na área de Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG).

Como estagiária do Centro, faz-se uma descrição da experiência adquirida num contexto de Reabilitação Neuropsicológica com uma abordagem Holística. O trabalho consistiu na participação e realização de diversas tarefas como, observação de avaliações neuropsicológicas, elaboração de relatórios neuropsicológicos, leitura da literatura referente aos modelos e estratégias de intervenção em reabilitação neuropsicológica, da metodologia e modelo subjacente ao Programa do CRPG, assim como observação de várias atividades realizadas no Centro.

Este estágio teve como objetivo um contato mais próximo com a profissão em Neuropsicologia Clínica, com o cliente e com o ambiente profissional numa equipa de reabilitação neuropsicológica. O estágio pretendeu colocar a estagiária perante situações reais de tratamento na prática de avaliação e reabilitação neuropsicológica de modo a que esta possa desenvolver a capacidade de aplicar as valências lecionadas.

AGRADECIMENTOS

A caminhada feita desde 19 Novembro de 2012, até 31 Julho de 2013 foi, sem dúvida, uma experiência gratificante e enriquecedora no âmbito da formação académica e da minha formação como pessoa, nomeadamente no aspeto intelectual e profissional.

De uma forma geral, pode-se referir que tudo o que foi feito desde a minha entrada para o mestrado em Neuropsicologia Clínica foi ponto essencial para o culminar no CRPG como estagiária. Foi uma soma de trabalho e dedicação, de objetivos e oportunidades que fui alcançando.

Agradeço ao Professor Dr. Bruno Peixoto por toda a sua dedicação e aprendizagens proporcionadas ao longo do Mestrado e Estágio.

A todos os que me acompanharam durante o meu percurso, tanto no âmbito académico como de estágio agradeço todo o apoio.

Um enorme agradecimento a toda a equipa do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, pela forma simpática como me guiou neste processo, sobretudo às pessoas com quem tive a oportunidade de crescer não só ao nível profissional como pessoal (Dr.^a Isabel Almeida, Dr.^a Sandra Guerreiro, as Estagiárias de Psicologia e Neuropsicologia – Teresa Oliveira, Patrícia Resende e em especial Rita Morais.

Um particular agradecimento à minha orientadora Dr.^a Sandra Guerreiro, por toda a simpatia e dedicação ao longo destes meses de estágio.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

CESPU	Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário
CRPG	Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
ADFA	Associação dos Deficientes das Forças Armadas
LCA	Lesão Cerebral Adquirida
EQRM	Marca Europeia de Qualidade em Reabilitação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
LC	Lesão Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
PRN	Programa de Reabilitação Neuropsicológica
RN	Reabilitação Neuropsicológica
CERCIGAIA Inadaptadas de Gaia	Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças

Índice

Introdução	9
PARTE A – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL DE ESTÁGIO – CRPG	9
I. Apresentação	9
II. Estrutura	10
III. Oferta de Serviços	10
IV. Equipa Técnica	12
Parte B – Enquadramento Teórica do programa de Reabilitação Neuropsicológica do CRPG – Papel Neuropsicólogo	12
I. Objetivos do Programa de Reabilitação no CRPG	14
II. Papel de Neuropsicologia no CRPG	15
Parte C – O programa de Reabilitação Neuropsicológica no CRPG	15
I. Objetivos do programa	18
II. Desafios do Programa de Reabilitação Neuropsicológica	18
III. Modalidade e Etapas do Programa de Reabilitação Neuropsicológica	19
Parte D – Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio	23
I. Descrição do grupo	25
Parte E – Estudo do caso	30
1. Considerações gerais	30
2. Desenho da Investigação	32
2.1 Instrumentos Utilizados	33
2.2 Descrição das Escalas	33
3. Caso Clínico	39

3.1 Aplicação das Escolas	42
4. Resultados	42
4.1 Síntese Descritiva dos Resultados	43
5. Algumas Considerações	51
5.1 Observação das Sessões de Estimulação Cognitiva	51
Parte F – Notas Finais	54
Parte G – Referência Bibliográfica	56
Anexos	60

INTRODUÇÃO

O presente relatório reporta-se à descrição do estágio curricular que complementa o 2º ano do Mestrado em Neuropsicologia Clínica na Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário - CESPU. Este estágio teve a duração de 500 horas presenciais e 250 não presenciais. As horas presenciais foram realizadas na sua totalidade no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), sob a supervisão do Dr. Bruno Peixoto e a orientação da Dr.^a Sandra Guerreiro.

O estágio ocorreu entre Novembro de 2012 e Julho 2013. Durante este intervalo de tempo foi oferecida uma prática supervisionada, onde se pretendeu a consolidação dos conhecimentos adquiridos quer durante a Licenciatura em Psicologia, quer do primeiro ano de Mestrado em Neuropsicologia Clínica, além da aprendizagem e consolidação dos saberes na área da Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica em pacientes com Lesão Cerebral Adquirida.

O CRPG tem como principais objetivos a reabilitação e reintegração profissional e funcional, e a inclusão socioprofissional das pessoas com deficiências e incapacidades. Este Centro tem como missão o aumento da autonomia social e económica das pessoas com deficiências e incapacidades e como visão uma sociedade digna, aberta e inclusiva.

De entre os seus serviços, o CRPG disponibiliza um programa Holístico de reabilitação para pessoas com LCA, cuja intervenção visa reabilitar as capacidades que foram afetadas pela lesão cerebral, recorrendo por um lado à reaprendizagem de competências e por outro à implementação de estratégias que compensem as incapacidades vividas de forma a potencializar a sua máxima funcionalidade.

Com este relatório pretende-se apresentar as atividades que se desenvolveram no estágio e ao mesmo tempo procurou-se evidenciar as reflexões que as minhas práticas me desencadearam e os pressupostos teórico-práticos que me dirigiram.

A - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL DE ESTÁGIO – CRPG

I - Apresentação

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) foi criado em 1991 por Acordo de Cooperação celebrado entre o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), a Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCIGAIA) e a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), entrando em funcionamento em Março de 1992. Em 1999 adquiriu o estatuto do Centro de Reabilitação de Gestão Participada, através da Portaria nº 564/99, 27 de Julho. Em 2003 é atribuído ao Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) a Certificação de Excelência dos Serviços Sociais (nível II) e em 2004 é patenteado com a Marca Europeia de Qualidade em Reabilitação (EQRM). No ano de 2006 foi renovada a acreditação conferida pelo Comité Europeu de Qualidade na qual o CRPG conseguiu a classificação mais alta entre os dezassete centros a nível europeu com a EQRM.

Encontra-se situado em Arcozelo – Vila Nova de Gaia, mais precisamente na Avenida João Paulo II, 4405 - 075.

O CRPG desenvolve a sua atividade na área da reabilitação e reintegração de pessoas com deficiências e incapacidades, nas vertentes pessoal, social, profissional. Constitui-se ainda como um centro de recursos especializado, designadamente na intervenção com pessoas que experienciam alterações nas funções neuromusculoesqueléticas e sensoriais e de apoio aos serviços públicos de emprego e às respostas integradas de qualificação de emprego das pessoas com deficiências e incapacidades. Atua igualmente como entidade prescritora e financiadora de ajudas técnicas.

Tem assim, como objetivo a reintegração das pessoas com deficiências e incapacidades na vida ativa, disponibilizando um conjunto integrado e personalizado de serviços de qualificação e reabilitação.

II – Estrutura

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia como órgãos sociais o Concelho de Administração, o Diretor e a Comissão de Fiscalização e Verificação de Contas.

A organização e estruturação dos serviços do Centro adotam um modelo matricial, a partir de quatro pilares fundamentais:

- Os Clientes e os domínios de produto
- As competências para implementar esses produtos
- A gestão operacional
- A governação.

A estrutura organizacional integra:

- A Unidade de Gestão de Clientes, e de Produtos Institucionais – responsável pela angariação de Clientes e pela gestão das atividades com clientes institucionais.
- A unidade de Competências Técnicas – responsável pela prestação dos serviços de inclusão socioprofissional e de reabilitação.
- A unidade de Serviços de Suporte – responsável pela gestão de apoios administrativos, logístico e patrimoniais subjacentes à prestação de serviços.
- Enquanto alavanca de apoio à organização, funcionamento e gestão do Centro, o CRPG dispõe ainda de duas outras estruturas de trabalho: Gabinete de Apoio à Gestão e Investigação, Desenvolvimento e Inovação.

Em anexo1, apresentam-se duas imagens relativamente ao Organigrama do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

III – Oferta de Serviços

O CRPG disponibiliza serviços para pessoas uma incapacidade derivada de um acidente ou doença, com a possibilidade de albergar também outros cidadãos que pretendam evoluir na sua formação. A faixa etária desta população é dos desaseis aos sessenta anos, em idade ativa, e com potencial para a reintegração no mercado de trabalho (CRPG, 2012).

Quem apela ao CRPG pode usufruir de um inúmero conjunto de serviços, como por exemplo:

1. Qualificação:

- Educação/Formação
- Centro Novas Oportunidades (em funcionamento até dezembro 2012)
 - Certificação de Competências técnicas
 - Apoio à formação em contexto regular

2. Apoio ao emprego

- Informação, avaliação e orientação profissional
- Apoio à colocação
- Acompanhamento pós – colocação
- Emprego protegido

3. Avaliação dos Impactos das incapacidades e do Potencial de Reabilitação

4. Reabilitação e reintegração profissional

5. Reabilitação Neuropsicológica

6. Intervenções complementares de reabilitação

- Gestão de casos
- Reabilitação funcional
- Produtos de Apoio/Ajudas técnicas
- Avaliação de necessidades de eliminação de barreiras arquitetónicas e de adaptação de postos de trabalho

7. Consultoria de gestão

8. Formação de profissionais de reabilitação

A Unidade de Gestão de Competências Técnicas é composta pela Reabilitação Funcional que integra a área de Reabilitação Neuropsicológica; Fisioterapia/Hidroterapia; Terapia Ocupacional e Intervenção Psicológica sendo destinada a pessoas com restrições funcionais com impacto na mobilidade, atividade e participação as quais não obtêm acesso a sistemas de qualificação e emprego (CRPG, 2012).

O CRPG proporciona ainda serviços de alojamento (apoiado ou não) e de transporte coletivo (CRPG, 2012).

IV. Equipa Técnica:

O CRPG funciona através de um modelo multidisciplinar.

A sua equipa é composta por:

- Duas Psicólogas na área de neuropsicologia (Isabel Almeida e Sandra Guerreiro),
- Uma Terapeuta Ocupacional (Mónica Correia),
- Duas Fisioterapeutas (Alexandra Couto e Rafaela Barbosa),
- Uma Médica Fisiatra (Ana Margarida Nunes),
- Duas Formadoras (Ana Maria Monteiro e Marina Martins) e ainda
- Quatro Gestoras de Caso (Alexandra Borga, Madalena Moura, Patrícia Pimenta e Paula Vinhas).

B - Enquadramento Teórico do Programa de Reabilitação Neuropsicológica do CRPG – Papel do Neuropsicólogo

Desde o ano 2002, o CRPG, tem disponível um programa de reabilitação neuropsicológica (PRN) dirigido a pessoas com lesão cerebral adquirida (LCA).

Este programa de reabilitação é dirigido a pessoas com lesão cerebral adquirida, em idade ativa e constitui-se como um programa de transição entre a reabilitação clínica e a reabilitação profissional. Centrado na reabilitação neuropsicológica combina diversas valências de intervenção: a) psicoterapêutica, b) treino e remediação cognitiva; c) físico - funcional. (Guerreiro *et al*, 2009).

A lesão cerebral adquirida é uma lesão no cérebro provocado por um trauma ou doença, sendo que este não seja uma doença degenerativa, tais como a doença de Alzheimer ou esclerose múltipla. As lesões cerebrais provocam alterações no indivíduo tendo consequências a diversos níveis, familiar, social, profissional, comportamental e emocional. As consequências da lesão podem ser temporárias ou permanentes, e causar uma incapacidade total ou parcial (Wilson, 1999).

A recuperação após a lesão cerebral é diferente de pessoa para pessoa.

A integração num programa de reabilitação é fundamental para recuperar ao máximo a funcionalidade. Na reabilitação, a pessoa conhece as suas capacidades e limitações e aprende a utilizar estratégias para compensar as dificuldades vividas (Ben-Yishay & Gold, 2000). As causas de lesão cerebral adquirida (LCA) mais frequentes em Portugal são os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2009).

Apesar da maior incidência se apresentar nestes dois tipos, existem outras causas que resultam em lesão cerebral adquirida (LCA), sendo exemplos disso (Wilson, 1999):

- Acidentes de viação, de trabalho, na prática de desporto e por quedas;
- Infeções virais no cérebro (encefalite ou meningite);
- Hipóxia (privação de oxigénio no cérebro por enfarte do miocárdio, paragem respiratória, envenenamento por monóxido de carbono, ou acidente anestésico);
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff (por consumo de álcool ou má nutrição);
- Tumores cerebrais.

Os fatores pessoais incluem a idade, escolaridade, estado prévio de saúde, entre outros. Fatores relacionados com a lesão são a severidade, a extensão da lesão, outras complicações associadas (ex: epilepsia pós-traumática) (Wilson, 1999).

Por último, os fatores relacionados com a reabilitação têm a ver com a intensidade (número de horas de terapia por semana), a abrangência das intervenções (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicoterapia, treino cognitivo, etc.) e o programa individualizado (adequação das intervenções às necessidades específicas de cada pessoa) (CRPG, 2007/2012).

A severidade da lesão é utilizada como indicador da recuperação. Cada sobrevivente de LCA recupera de forma diferente, os efeitos a longo prazo são difíceis de prever, sendo que as lesões se classificam em três níveis: ligeiro, moderado e severo, dependendo da extensão da lesão no cérebro. Na maioria dos sobreviventes de lesão cerebral moderada ou grave, as sequelas mentais de longo prazo sobrepõe-se (em duração e gravidade) às sequelas físicas; e são a primeira causa das dificuldades do ajustamento vocacional, pessoal e social das pessoas vítimas de lesão cerebral (Ben-Yishay *et al.*, 1985).

Os indicadores mais utilizados para medir a severidade das lesões cerebrais são o índice da Escala de Coma de Glasgow (3 a 15) e a duração da amnésia pós-traumática (período de tempo entre o momento da lesão e a primeira recordação) (Wilson, 1999).

Considera-se lesão ligeira quando apresenta uma pontuação superior a 13 na Escala de Coma de Glasgow e uma amnésia pós-traumática igual ou inferior a uma hora; a lesão moderada manifesta-se quando o índice da Escala de Coma de Glasgow se encontra entre os nove e os doze pontos e com amnésia pós-traumática entre uma a vinte e quatro horas e por fim uma lesão severa tem uma pontuação na Escala de Coma de Glasgow inferior a nove e uma amnésia pós-traumática maior do que vinte e quatro horas (CRPG, 2007/2012).

Dentro dos fatores físicos apresentam-se problemas de movimento; dificuldades na coordenação motora e equilíbrio; menor força física; lentidão nos movimentos corporais; cansaço, fadiga e perdas de energia; perda de sensações (sensibilidade ao toque, olfato, visão) e epilepsia pós-traumática (CRPG, 2007/2012).

As alterações cognitivas podem ocorrer na atenção e concentração, linguagem e comunicação, percepção, memória, raciocínio lógico e funções executivas (Prigatano, 1999).

Os défices emocionais podem passar por depressão, alterações de humor, irritabilidade, medo, isolamento social e ansiedade e por último, os défices comportamentais como a impulsividade, agressividade, apatia, falta de iniciativa e paranoia (Wilson, 1999).

I - Objetivos do programa de Reabilitação no CRPG:

Tem como objetivo central capacitar as pessoas com lesão cerebral adquirida (LCA) para atingir o seu nível ótimo de bem-estar, reduzindo o impacto dos seus problemas na vida de cada dia e apoiar no retorno aos diferentes e mais apropriados contextos de vida (Wilson, B., 2003). Assim, tenta promover a consciência de si e a compreensão das consequências da lesão cerebral; desenvolver flexibilidade e adesão à intervenção remediativa, através do treino sistemático de utilização de estratégias de compensação; promoção da definição de objetivos realistas e atingíveis; promoção da autonomia nas atividades de vida diária (AVD's); reconstrução de um projeto de vida ativa.

II - Papel do Neuropsicólogo no CRPG

O papel do neuropsicólogo na equipe multidisciplinar é de orientar os demais profissionais quanto ao funcionamento e evolução cognitiva e comportamental do paciente.

A compreensão acerca da condição, tratamento e prognóstico cognitivo do paciente, bem como expectativas de cuidado, favorecem o planejamento dos cuidados para reabilitação por parte da equipe de saúde, e facilitam a comunicação entre equipa, paciente e família, visando à melhora da qualidade da assistência prestada.

O neuropsicólogo pode realizar procedimentos de Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica. A avaliação cognitiva do paciente pode auxiliar na escolha do tratamento e da conduta, pois pode determinar as capacidades e limitações do paciente em enfrentar e lidar com a LCA e avaliar a sua elegibilidade e potencial para reabilitação. Os défices cognitivos podem interferir na capacidade da nova aprendizagem, implicada nas diversas atividades e terapias solicitadas durante o processo de reabilitação.

Na reabilitação, o neuropsicólogo utiliza técnicas de treino cognitivo (prática, repetição e organização da informação relacionada às habilidades neuropsicológicas disfuncionais), treino de tarefas específicas (por ex: simulações de situações desafiadoras ao paciente) e técnicas que visam a introdução de estratégias compensatórias (adaptações ambientais, auxílios externos e internos e tecnologia) para as dificuldades apresentadas pelos pacientes.

C - O Programa de Reabilitação Neuropsicológica no CRPG

A Reabilitação Neuropsicológica (RN) direcionada para pessoas vítimas de lesão cerebral adquirida visa a melhoria de todos os défices que abrangem a pessoa, tanto a nível cognitivo, emocional, comportamental e social (Wilson, 2009).

O Programa de Reabilitação Neuropsicológica (PRN) do CRPG promove uma continuidade com os serviços de saúde após a reabilitação médica, ou seja, na fase aguda.

Os objetivos centrais do Programa de Reabilitação Neuropsicológica são: 1) apoiar o sujeito na adaptação a uma nova forma de funcionamento físico e cognitivo, desenvolvendo a sua autonomia; 2) incrementar o nível de ajustamento psicossocial, através do desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal e da aceitação da sua nova condição; 3) construção, em parceria, com o sujeito e seus familiares um projeto de integração na vida ativa e/ou profissional (Guerreiro, Almeida, Fabela, Dores & Castro-Caldas, 2009).

O Programa de Reabilitação Neuropsicológica tem também o propósito de tentar promover a definição de objetivos realistas, a consciência de si, a autonomia nas atividades de vida diárias, na reconstrução de um projeto de vida ativa, o desenvolvimento da flexibilidade e da adesão à intervenção remediativa dentro de um treino de utilização de estratégias de compensação e compreensão das consequências da lesão cerebral (Guerreiro, Almeida, Fabela, Dores & Castro-Caldas, 2009).

Dada a interação entre os fatores cognitivos, comportamentais, psicológicos e físicos que resultam de uma lesão cerebral, uma reabilitação com orientação compreensiva, multidisciplinar e neuropsicológica, apresenta-se como mais eficaz e promissora (Cicerone *et al.*, 2000).

Para o programa de Reabilitação Neuropsicológica, o CRPG adotou a abordagem holística proposta por Ben-Yishay (1985). Este programa inclui diversos recursos como: reabilitação cognitiva, uma equipa transdisciplinar, um contexto terapêutico, intervenções de grupo, envolvimento dos familiares e de outros elementos significativos, orientação vocacional ou desenvolvimento de competências para uma vida autónoma, e avaliação de resultados (Malec, 2001).

Segundo Ben-Yishay (1985) & Prigatano (1999), uma abordagem holística na reabilitação da lesão cerebral consiste num conjunto de intervenções integradas que superam as intervenções de remediação cognitiva. Aos olhos deste modelo holístico, não faz sentido separar as consequências emocionais, cognitivas, sociais e físicas, sendo que estas interagem continuamente entre si, ou seja, a intervenção deverá abranger todos os problemas que afetam o paciente.

A perspetiva holística orientada para o contexto, busca uma ajuda positiva para que o paciente seja capaz de fazer frente ao complexo trajeto de Reabilitação Neuropsicológica (fase pós-aguda) (Daniel-Zide, & Ben-Yishay, 2000).

As consequências físicas são as primeiras dificuldades que se evidenciam no paciente após a lesão cerebral, estando implicadas na adaptação vocacional, pessoal e social. O maior foco da reabilitação de pacientes com LCA é a resolução de problemas que aparecem como obstáculos, de forma a serem alcançados os melhores resultados na reabilitação (Ben-Yishay, 1985).

Um programa de reabilitação neuropsicológica é considerado eficaz quando integra as diferentes componentes, sendo elas a remediação cognitiva; comportamental/emocional; a interpessoal e a reabilitação vocacional (Rusk Institute of Rehabilitation, sd).

Sendo assim, um programa holístico pressupõe que os défices cognitivos não sejam distinguidos de todos os outros, ou seja, este programa lança um olhar sobre conjunto de todos os problemas do paciente (Ben-Yishay, 1985).

Num programa de reabilitação holístico, tal como o do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, os pacientes são submetidos a intervenções intensivas, bem coordenadas e terapias ajustadas às necessidades e capacidades de cada paciente, com o objetivo de os ajudar a lidar com dificuldades inter e intrapessoais (Ben-Yishay, 2001; Daniels-Zide & Ben-Yishay, 2000; Ben-Yishay et al., 1985).

Assim, o programa de Reabilitação Neuropsicológica é estruturado de acordo com três características fundamentais:

- a) Priorização dos momentos da intervenção, sequenciação e coordenação no tempo de forma a assegurar a integração e a complementaridade das intervenções;
- b) Constituição de um grupo terapêutico como condição essencial para promover um contexto relacional e seguro onde cada indivíduo possa ser confrontado e desenvolver um maior nível de consciência/aceitação das suas atuais capacidades e limitações; promover o apoio e a motivação necessária para desenvolver comportamentos adaptativos e desenvolver expectativas ajustadas;
- c) Envolvimento e participação dos familiares/significativos no processo de reabilitação, promovendo a construção de um ambiente com interações funcionais e facilitador da transferibilidade das estratégias de compreensão aprendidas.

I – Objetivos do Programa

Os objetivos do programa de reabilitação neuropsicológica do CRPG consistem em fazer com que os pacientes alcancem um elevado grau de autonomia pessoal, no que diz respeito à realização de atividades de vida diária (AVD); ao nível interpessoal, é importante que os pacientes desenvolvam competências de relacionamento que os permitam estabelecer relações estáveis e consistentes ao longo da vida; no domínio profissional, devem ser desenvolvidas competências na realização das atividades e aprendizagens, para maximizar o potencial de empregabilidade; e ainda, desenvolver estratégias de ajustamento emocional para que os pacientes sejam capazes de aceitar e lidar com a sua nova condição.

II - Desafios do Programa de Reabilitação Neuropsicológica

No âmbito da reabilitação cognitiva, Ben-Yishay e Lakin, (1989) definem seis desafios (ver em anexo2 – pirâmide dos desafios) que o paciente com lesão cerebral adquirida deve ultrapassar com sucesso, ao longo do seu processo de reabilitação. Na base desta hierarquia, encontra-se o desespero, sentimento comum entre esta população, que antes de qualquer reabilitação estão desesperados devido a todas as alterações que ocorreram na sua vida, têm dificuldades em encontrar coisas positivas na sua existência, experienciam sentimentos de perda, confusão, solidão e isolamento, seguido do envolvimento, da consciência de si, da compensação, da mestria, da competência, da aceitação e por fim a nova identidade. A posição de cada indivíduo na hierarquia é flutuante, embora sejam fortalecidos os progressos, estão sempre sujeitos a regressões.

Segundo Ben-Yishay (1985) os seis desafios são:

1- Envolvimento – Nesta primeira fase o paciente é envolvido em todo o processo. Quando o paciente fica envolvido no processo é capaz de aprender e usar o que lhe foi ensinado, utilizando as estratégias de compensação. Uma vez motivado, participa mais ativamente nas tarefas propostas para o processo de reabilitação. Caso contrário, quando o paciente não está envolvido, este não é capaz, ou então terá maiores dificuldades em ultrapassar os problemas decorrentes da lesão.

2- Consciência de si – Após uma lesão cerebral é comum existir anosognosia, ou seja, falta de consciência de si e dos seus défices. Este desafio consiste na promoção da tomada de consciência dos défices por parte do paciente de modo a que este perceba

de que forma é que os défices afetam a sua vida e o seu futuro, assumindo sempre um extremo cuidado para que o paciente não se sinta incapaz de lidar com os mesmos.

Compensação - Após a consciencialização dos seus próprios défices, o paciente nesta fase, deve ser capaz de os contornar e compensar. Com a ajuda dos profissionais, os pacientes aprendem estratégias para colmatar da melhor forma possível os seus défices. Após esta aprendizagem, o paciente deverá ser capaz de transferir os conhecimentos adquiridos para o seu dia-a-dia, com o apoio dos familiares para que o processo de reabilitação seja contínuo.

1- Mestria – Esta fase é atingida quando o paciente é bem-sucedido na compensação dos seus défices, ou seja, o nível de competência de resolução de problemas do quotidiano. Esta fase só é alcançada com treino intensivo e ponderado de exercícios de remediação o mais ajustados possível ao caso.

2- Competência – Após o paciente adquirir o sentimento de competência/mestria na fase anterior, ganha um sentimento de competência relativo a um aperfeiçoamento do uso das suas estratégias de compensação. O sentimento de autoconfiança alcançado, torna-o capaz de tomar o controlo da sua vida.

3- Aceitação – Esta fase é ultrapassada quando o paciente fica consciente de todos os seus défices e se torna capaz de encarar a vida tal qual ela é, adquirindo o sentimento de que vale a pena viver e que ainda consegue tirar prazer nos mais diversos contextos.

Por fim, a ‘Identidade’ é considerada o objetivo final da reabilitação, encontrando-se no topo da hierarquia. Neste passo, o paciente deverá ser capaz de formar uma nova identidade de si mesmo, como pessoa mais capaz e funcional do que no início do processo, sendo capaz de aceitar ‘publicamente’ a sua situação existencial. Quando conquistada a fase mais complexa, ou seja, a ‘Identidade’, considera-se que o processo de reabilitação foi bem conseguido.

III - Modalidades e Etapas do Programa de Reabilitação Neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica no CRPG pode ser concebida em três tipos de modalidades de intervenção diferentes (Avaliação, Intervenção Individual e Intervenção

em Grupo), explicados detalhadamente posteriormente. Esta variedade de intervenções é vantajosa, na medida em que adapta o tipo de reabilitação mais adequada para cada indivíduo, procurando maximizar o seu potencial a nível cognitivo e emocional.

Tal como postulado por Ben-Yishay, e seguido pelo Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, o programa de reabilitação neuropsicológica desenrola-se em cinco etapas.

Etapa 0 - Sinalização de Caso - após um primeiro contato por parte do cliente onde demonstra o seu interesse em integrar o programa de reabilitação, ocorre uma inscrição do mesmo e prevê-se que após duas semanas seja feita a sinalização de caso. Nesta fase estão incluídos uma entrevista de triagem e recolha de informação relativa ao cliente e ao seu pedido. Desde este momento é estabelecida uma avaliação, de teor menos formal, de observação onde são recolhidos dados importantes.

✓ Etapa 1 - Avaliação Clínica - os dados recolhidos no processo de avaliação permitem uma identificação dos défices e potenciais de desenvolvimento do sujeito e prevê-se que tenha uma duração média de duas semanas. Para o processo de avaliação são tidos em conta as diversas componentes do funcionamento físico, psicológico, comportamental e emocional. A avaliação é feita pelos vários profissionais que compõe a equipa multidisciplinar, com o cliente e seus familiares. A construção do plano de reabilitação individual começa a ganhar estrutura nesta fase.

✓ Etapa 2 - Identificação das Necessidades e Contratualização da Intervenção - quando terminado o processo de avaliação, está prevista uma reunião onde marcam a sua presença os diversos elementos da equipa, para que seja construído um programa de reabilitação de forma articulada. O facto de estar presente um profissional de cada uma das áreas, garante uma maior coerência e complementaridade entre as várias valências de intervenção, para que se possa alcançar os objetivos pretendidos.

✓ Etapa 3 - Intervenção Remediativa Intensiva - os objetivos desta fase passam por ajudar os pacientes a compensar os défices cognitivos e comportamentais derivados da lesão cerebral através do envolvimento do cliente no seu programa de reabilitação, recorrendo à implementação de estratégias de feedback sistemáticas, pelo desenvolvimento da consciência de si com recurso à compreensão das consequências da lesão cerebral, promover o desenvolvimento de um portfólio de estratégias de flexibilidade cognitivo – emocional, a promoção da adesão à intervenção remediativa

através do treino sistemático de estratégias de compensação, e ainda a aceitação de objetivos realistas e exequíveis. A intervenção pode ser em grupo ou individual.

O programa desenhado para cada um dos clientes conta com diversas intervenções, que promovem o desenvolvimento de competências para que sejam atingidos os objetivos terapêuticos previamente definidos. Entre as diferentes atividades estão: a fisioterapia/hidroterapia, a terapia ocupacional individual e em grupo, a psicologia, a orientação, relações interpessoais, o treino cognitivo, módulo básico de tecnologia de informação e comunicação, a oficina e ainda a expressão corporal. As modalidades de intervenção são: Grupo (10 elementos); individualizada (4 a 5 elementos); individual (1 elemento). Esta fase terá a duração de 20 semanas. Realiza-se 5 dias por semana, com duração de 8 horas diárias.

✓ Etapa 4 – Desenvolvimento Vocacional - Esta etapa tem uma fase prevista de seis semanas e dará lugar a diversas experiências de trabalho, ajustadas às capacidades atuais de cada sujeito. Permite averiguar se o paciente adquiriu ou não durante a reabilitação competências para transportar o aprendido para um contexto próximo da realidade profissional. Os objetivos desta fase passam por fornecer experiências que permitam aos clientes reconstruir novas relações de interesse com novas áreas de investimento profissional, promover o desenvolvimento dos critérios pelos quais as pessoas dão sentido à sua realidade interna e à realidade vocacional e profissional, a partir de experiências em contexto, que facilitem a reconstrução de perceções mais ajustadas e adaptativas em relação ao mundo das profissões e do trabalho, promover os processos de autoconhecimento, favorecendo a reconstrução dos valores profissionais após a ocorrência de uma lesão e facilitando a aceitação das limitações da atividade e restrições da participação decorrentes da lesão cerebral, favorecendo a identificação de potenciais de desenvolvimento e novas áreas de realização, promover o desenvolvimento do sistema de critérios vocacionais a partir dos quais a pessoa organiza o seu projeto e efetua a tomada de decisões de forma a alcançar os seus objetivos. Nesta etapa as atividades são: balanço das competências: exploração de interesses e valores, experiências de exploração em contexto, estágios de orientação internos e externos e construção do projeto de integração na vida ativa e profissional.

✓ Etapa 5 - Definição do Projeto Profissional e Follow-up - O principal objetivo desta fase é a monitorização da manutenção e transferência do uso das estratégias

de compensação aprendidas pelo cliente, analisando o seu grau de ajustamento comportamental às características dos novos ambientes. As atividades que constituem esta etapa são o acompanhamento e monitorização da implementação das estratégias de compensação e a análise dos resultados. Neste contexto, é estabelecido um contacto com o cliente e outros significativos com o objetivo de analisar a adequação e satisfação com os contextos de vida. Esta fase tem a duração de 6 meses após a conclusão da intervenção de Reabilitação Neuropsicológica com acompanhamento mensal.

Intervenção em Grupo

A intervenção em grupo comporta um conjunto de vantagens na integração de elementos que, sendo diferentes, partilhem características semelhantes nas suas lesões, sendo possível o desenvolvimento do mesmo quadro de competências.

A constituição do grupo exige um determinado nível de homogeneidade entre os seus elementos, como por exemplo, faixas etárias com uma discrepância não superior a 20 anos; reabilitação física estabilizada; independência nas atividades de vida diárias e o processo de confrontação com as consequências da lesão iniciado. Para a inclusão no grupo de Programa de Reabilitação Neuropsicológica do CRPG, além dos itens anteriores devem cumprir outros critérios (Guerreiro, *et al.* 2009):

- Idade superior ou igual a 15 anos;
- Reconhecer (próprio/familiares) o impacto da lesão ao nível das funções mentais superiores e a maior vulnerabilidade emocional;
- Lesão cerebral adquirida há pelo menos um ano;
- Possuir potencial de aprendizagem;
- Ausência de afasia ou disartria graves que impeçam a integração do grupo;
- Ser independentes nas atividades de vida diária (AVD);
- Ausência de comportamentos impulsivos de risco para o próprio e para os outros;
- Participação voluntária no programa;
- Não consumir drogas e/ou álcool;
- Ausência de sintomatologia psicótica (ex: alucinações, paranoia, delírio persecutório).

A intervenção neuropsicológica em grupo é considerada preferencial, uma vez que, é mais abrangente e intensiva nas suas atividades (orientação, treino cognitivo, relações

interpessoais), sendo um ótimo guia para o desenvolvimento da consciência de si, de capacidades de relacionamento interpessoal, de estratégias de compensação, gestão emocional e adaptação psicossocial do paciente (Cicerone et al, 2000).

A intervenção tem a duração média de 6 meses; uma maior intensidade do que nas intervenções individuais, ocorre cinco dias por semana, oito horas por dia, com recurso a um cronograma de atividades de reabilitação cognitivo - comportamental previamente estabelecido. Embora neste contexto exista uma enorme heterogeneidade entre os elementos do grupo, é possível delinear características em comum que podem ser trabalhadas em conjunto.

Intervenção Individual

Em situações específicas o cliente poderá necessitar de uma intervenção exclusivamente individual. A definição da modalidade de intervenção individual é elaborada em função das necessidades de reabilitação, avaliadas pela equipa técnica, podendo integrar inúmeras atividades terapêuticas disponíveis no Centro, baseada nos seguintes critérios:

- a) Os ritmos de trabalho da pessoa são significativamente distintos dos do grupo, de tal forma que podem constituir um obstáculo para o desenrolar da intervenção;
- b) Nos casos de afasia ou disartria graves que dificultem demasiado a comunicação, quer a via da compreensão que a via da expressão;
- c) Nos casos de lesões muito focais com consequências muito definidas que exijam um trabalho muito específico (sem interesse para os restantes membros do grupo);
- d) Nas situações em que a diferenciação de um dos elementos em relação aos restantes claramente dificulte ou impossibilite o sentimento de pertença ao grupo;
- e) No caso de o cliente ter outras atividades exteriores ao Centro que não lhe permita a disponibilidade para uma intervenção intensiva e de tempo inteiro.

D - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

O objetivo deste relatório é mostrar de forma realista a experiência ocorrida nestes meses de estágio.

Nas primeiras etapas do estágio a proposta foi observar avaliações neuropsicológicas e ler os manuais dos respetivos testes aplicados resumindo-os, de forma a conhecer mais vincadamente cada teste, formas de administração, cotações, comportamentos a ter perante esta população específica e materiais a utilizar. Os testes utilizados nas avaliações neuropsicológicas no CRPG tinham o intuito de fazer um rastreio de todas as funções, de forma a perceber défices, frustrações e dificuldades dos clientes, entre outros aspetos, de igual modo relevantes. De certa forma estas avaliações permitiam o conhecimento do estado geral dos clientes. O conjunto de testes que compunham a avaliação neuropsicológica eram:

- FAB – Bateria de Avaliação Frontal;
- HADS - Escala de Ansiedade e Depressão;
- Linguagem – Token Test;
- MMSE - Mini-Mental State Examination;
- QOLIBRI – Qualidade de Vida Após Lesão Cerebral (versão portuguesa);
- Teste de Figuras Complexas de Rey – parte A- Cópia e Reprodução;
- Escala de Memória de Wechsler – WMS-III – subtestes Sequencias de Letras e Números e Localização Espacial ordem direta e inversa;
- e por fim o Teste de Atenção – D2.

Aquando dessas avaliações neuropsicológicas a tarefa pedida era a elaboração dos respetivos relatórios (ver em anexo4 – exemplo de relatório). A sua estrutura era composta por várias etapas com informações relevantes do cliente e da avaliação, como dados gerais; natureza do pedido; informação sociobiográfica; história clínica; observação comportamental; resultados da avaliação neuropsicológica; conclusões e recomendações.

A tarefa principal foi fazer a interligação dos diversos componentes e referenciais teórico-metodológicos da intervenção; aprender a ter uma capacidade reflexiva e de análise crítica face às atividades e metodologias implementadas.

Vários estudos e autores fazem referência aos programas de reabilitação holísticos, realizados por profissionais especializados, sendo interdisciplinares e com validade ecológica, divididos em fases, objetivos, métodos sincronizados entre si, fazendo uso de avaliações quantitativas e qualitativas (Murga, Lazcano, Duarte & Morales, 2002).

As funções cognitivas que são mais frequentemente trabalhadas são a orientação espacial e temporal, a linguagem, a leitura e escrita, a memória, as funções executivas, a atenção, a planificação e o cálculo. As atividades que permitem o processo de reabilitação

destas funções podem ser exercidas de forma individual ou em grupo, estruturadas em sessões diárias, com exercícios no computador e também através de uma reabilitação cognitiva mais ecológica, permitindo que os pacientes treinem as suas competências adquiridas durante o processo de reabilitação, de forma a possibilitar que paciente possa adquirir capacidades de maior autonomia nas suas atividades da vida diárias.

O grupo que acompanhei, descrito como ‘Grupo XVII (RCA3) ‘(ver anexo6-grelha relativa ao grupo), iniciou o Programa desde Março de 2013.

O grupo é composto por dez elementos, sendo que oito são homens e duas são mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos. As suas patologias passam na maioria pelos TCE’s, AVC’s e outros casos como Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crónica e Cirurgia de remoção de um quisto no cérebro.

I - Descrição do Grupo

Grupo XVII (RCA3)- Listagem elementos

Início: Março 2013

Identificação	Dados Clínicos
Nome: GF Sexo: M Idade: 56 Profissão/Escolaridade: 4º ano Comercial	Data da lesão: 2004 Tipo Lesão/Descrição: AVC com lesão hemorrágica cortico-subcortical parietal direita Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Hemiparesia esquerda; Défices cognitivos; Humor deprimido Alojamento/ Transporte: Transporte Publico e autocarro CRPG Terapias: Marcar 1ª consulta médica Gestor de caso: SG
Nome: NC Sexo: M Idade: 32 Profissão/Escolaridade: 6º ano Eletromecânico Industrial. Afinador de máquinas industriais.	Data da lesão: Acidente de trabalho em 26/11/2010 Tipo Lesão/Descrição: TCE grave (GCS=6), Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Sem défices motores. Visão e audição alteradas. Apraxia (?) Alojamento/ Transporte: Utiliza transportes públicos. Virá com transporte adaptado Terapias: Gestor de caso: EP / SG
Nome: MS	Data da lesão: 28/12/2010

<p>Sexo: F Idade: 26 Profissão/Escolaridade: Licenciatura de Gestão Hoteleira; trabalhava como empregada de mesa em restaurante</p>	<p>Acidente de trabalho (viação) Tipo Lesão/Descrição: TCE grave Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Hemiparesia esquerda, com MSE afuncional. Faz marcha com autonomia embora ainda não se desloque sozinha. Alojamento/ Transporte: Necessita transporte adaptado - Esmoriz Terapias: Gestor de caso: SG</p>
<p>Nome: CF Sexo: F Idade: 40 Profissão/Escolaridade: 12º ano Auxiliar de ação educativa</p>	<p>Data da lesão: 2008 Tipo Lesão/Descrição: 2000 – Diagnóstico de Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crónica. Junho 2008 – AVC Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Hemiparésia esquerda Alojamento/ Transporte: Necessita alojamento Terapias: Marcar consulta para prescrição Gestor de caso: PV / SG</p>
<p>Nome: CP Sexo: M Idade: 35 Profissão/Escolaridade: 6º ano Construção civil</p>	<p>Data da lesão: 2011 Tipo Lesão/Descrição: AVC isquémico Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: hemiparesia direita, cegueira (refere que às vezes vê sombras) do olho direito?, afasia com alterações na capacidade de nomeação e trocas semânticas. Alojamento/ Transporte: Necessita de Alojamento. Transporte adaptado Terapias: Consulta Prescrição (FT+ TO) -Av. Terapias Gestor de caso: IA</p>
<p>Nome: AR Sexo: M Idade: 42 Profissão/Escolaridade: 9º ano Técnico de manutenção de sistemas de incêndio</p>	<p>Data da lesão: 2010 Tipo Lesão/Descrição: Cirurgia de remoção de quisto no cérebro Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: hemiparesia direita, hemianopsia homónima direita, disartria, perda da sensibilidade propriocetiva do membro superior direito e desorientação no espaço. Alojamento/ Transporte: Transporte adaptado Apoio de 3ª pessoa deslocações (no início do processo) Terapias: Consulta prescrição (FT+TO) - Av. Terapias Gestor de caso: IA</p>
<p>Nome: MS</p>	<p>Data da lesão: 2007</p>

<p>Sexo: M Idade: 50 Profissão/Escolaridade: 6º ano Segurança</p>	<p>Tipo Lesão/Descrição: AVC Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Hemiparesia esquerda Memória, ritmos lentificados, discurso circular e repetitivo Alojamento/ Transporte: Utiliza transporte próprio Terapias: Gestor de caso: IA</p>
<p>Nome: LV Sexo: M Idade: 26 Profissão/Escolaridade: 12º ano Curso profissional Eletrónica e Equipamentos</p>	<p>Data da lesão: 2010 Tipo Lesão/Descrição: TCE (acidente de viação) Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Alterações comportamentais (irritabilidade, impulsividade, conversas deslocadas, tom de voz alterado) Alojamento/ Transporte: Transporte adaptado Terapias: Gestor de caso: IA</p>
<p>Nome: DS Sexo: M Idade: 38 Profissão/Escolaridade: 9º ano</p>	<p>Data da lesão: 1999 Tipo Lesão/Descrição: TCE (acidente motorizada) Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Instabilidade emocional e psíquica, agitação psico-motora, alterações no pensamento Alojamento/ Transporte: Alojamento Aguda, autónomo transportes públicos Terapias: Gestor de caso: SG</p>
<p>Nome: OS Sexo: M Idade: 23 Profissão/Escolaridade: Ensino superior incompleto</p>	<p>Data da lesão: 2010 Tipo Lesão/Descrição: TCE grave (GCS=4) Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Marcha com andarilho, lentificação generalizada. Défices cognitivos. Alojamento/ Transporte: Alojamento apoiado transporte adaptado Terapias: Gestor de caso: SG</p>
<p>Nome: EO Sexo: M Idade: 56 Profissão/Escolaridade: 4º ano</p>	<p>Data da lesão: 2009 Tipo Lesão/Descrição: AVC Consequências da lesão/Ajudas técnicas e apoios: Hemiparesia direita (ligeira), síndrome depressivo reativo, défices cognitivos, falta de iniciativa. Alojamento/ Transporte: Terapias: Gestor de caso: IA</p>

No CRPG, as intervenções neuropsicológicas em grupo resultam de atividades ecológicas, como é o caso das atividades de Orientação e Relações Interpessoais, assim as atividades cognitivas como o Treino Cognitivo. Estas atividades têm um horário (ver anexo6- horário) e desenrolam-se durante a semana, todas elas dirigidas pela Dr.^a Isabel Almeida e a Dr.^a Sandra Guerreiro (assim como as estagiárias).

A atividade classificada de ‘Orientação’ consiste numa terapia de grupo realizada no CRPG, onde os principais objetivos são promover a compreensão e a aceitação dos seus défices após LCA – são quatro sessões/semana, com a duração de trinta minutos.

A atividade classificada de ‘Relações Interpessoais’ tem como objetivo desenvolver competências de relacionamento interpessoal – realizam-se duas sessões por semana, e têm a duração de noventa minutos.

A atividade classificada de ‘Treino Cognitivo’ tem o objetivo de desenvolver as capacidades cognitivas e promover a aprendizagem de estratégias de compensação – são realizadas duas sessões por semana, com a duração de noventa minutos (o grupo é dividido em quatro ou cinco elementos). Este é utilizado para estimular diversos circuitos específicos do cérebro, a reorganização e a recuperação cerebral no âmbito da atenção, memória, aprendizagem verbal, velocidade de processamento de informação e funcionamento executivo. Os programas do CRPG contêm módulos organizados hierarquicamente, focados nos diversos domínios cognitivos deficitários. Assim usa-se o programa RehaCom, tal como o treino cognitivo realizado com outros exercícios de estimulação cognitiva.

O RehaCom constitui-se num conjunto de programas (softwares) para a reabilitação de funções cognitivas, acompanhado de um teclado especial para o paciente chamado de “Painel”. O Painel foi concebido para permitir que os pacientes com sequências motoras, as quais geralmente acompanham TCE’s e AVC’s, possam beneficiar da terapia de reabilitação. Possui vários níveis de dificuldade em cada um dos programas. O próprio programa pode aumentar o nível automaticamente à medida que o desempenho do paciente atingir um valor pré-estabelecido. Esta possibilidade facilita a aderência ao tratamento, estimulando o paciente a progredir.

O sistema RehaCom inclui muitos procedimentos terapêuticos (módulos). Partes destes são apropriados para terapia específica, outros para apoiar uma terapia pragmática. Para uma visualização mais fácil, os programas são divididos em vários grupos (ver anexo7 – software RehaCom assim como o exemplo de uma das sessões de treino cognitivo em mesa).

Estas atividades realizam-se na sala de reabilitação neuropsicológica, no piso 1 do edifício 3. Deu início no mês de Março e foi bem recebida pelos pacientes. Ao longo das sessões fez-se inicialmente uma apresentação entre terapeutas e clientes, tentando-se estabelecer uma aliança terapêutica (*e.g.* confiança, respeito, segurança e colaboração), a qual se revela um preditor central para os resultados da terapia, fomentando a mediação da colaboração nas tarefas e nos objetivos a prosseguir. Porém, esta por vezes, é difícil de estabelecer, na medida em que os clientes podem apresentar problemas significativos nos relacionamentos interpessoais e problemas relacionados com a intimidade e confiança. Torna-se assim necessário que o cliente compreenda a estrutura da terapia, tal como, a curto-prazo e dirigida para o problema, incluindo o trabalho de casa que fomenta o desenvolvimento das suas capacidades e os seus procedimentos terapêuticos (*e.g.* identificação dos pensamentos automáticos, crenças, atitudes e comportamentos disfuncionais). Assim, durante estas sessões (Orientação e Relações interpessoais – “Cadeira Quente), debateu-se com os clientes quais as suas dificuldades de uma forma a que lhe permita compreender os processos identificados que contribuem para a persistência da perturbação (ver em Anexo-exemplo dos exercícios realizados na “Cadeira Quente” e nas sessões de Orientação).

Assim, ao longo das sessões foi-se possibilitando criar hipóteses de identificar as suas dificuldades e tentar encontrar estratégias que proporcionassem uma melhor compreensão das suas limitações.

Ao longo das sessões de Treino Cognitivo foram notórias algumas mudanças de competências, os clientes mostraram maiores ritmos de trabalho, com mais facilidade na sequenciação e planeamento das tarefas, sendo manifestada também uma evolução nos sentimentos e atitudes de entre ajuda, assim como as suas participações em ambiente de grupo.

E - Estudo de Caso

Resumo

No âmbito do estágio no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) em conclusão do mestrado em Neuropsicologia Clínica foi proposto o desenho de um estudo de caso individual (SCED).

Neste contexto, pretende-se fundamentalmente salientar a metodologia de investigação utilizada, baseada na aplicação do método do estudo de caso individual. Sendo assim, foram delineados toda uma série de procedimentos metodológicos com o fim de atenuar algumas das limitações inerentes a este tipo de estudos.

Por fim, são tecidas algumas considerações (sob a forma resumida), que, embora não assumindo um carácter conclusivo, pretendem realçar alguns dos principais aspetos a reter deste estudo.

1. Considerações gerais

O método de investigação do estudo de caso poder-se-á definir, de forma simplista, como um estudo intensivo e descritivo de um dado indivíduo, organização ou evento (Barlow; Hersen, 1982). Historicamente este método encontrou as suas origens na medicina, pelo que o seu uso no campo da psicologia fundou-se pela via da especialidade psiquiátrica. Assim sendo, muitos são os estudos de caso em psicologia que se centram em casos individuais relativos à psicopatologia, formas de intervenção psicoterapêutica e reabilitação.

Caracteristicamente o estudo de caso é usualmente uma investigação longitudinal, na qual se pretende estudar um dado indivíduo ou indivíduos durante um determinado período de tempo que oscila entre alguns meses e anos. Assim sendo, na sequência do objetivo de estudo delineado foram primariamente considerados alguns aspetos metodológicos centrais no que respeita aos procedimentos no desenho do estudo do caso:

1) Definição da unidade de estudo, que neste caso particular são os mecanismos neuropsicológicos do cliente.

2) Elaboração de um protocolo de entrevista que servirá em simultâneo como um guião a ter em conta na realização das entrevistas (de carácter semiestruturado), mas também como uma base de dados de parte das informações colhidas durante essas mesmas entrevistas (ver em anexo8 – anamnese).

3) Recolha e seleção de um instrumento complementar de avaliação de acordo não só com a sua eficiência e aplicabilidade, como também com a sua adequação ao objetivo do estudo proposto.

No que respeita ao ponto 2, atrás mencionado, a elaboração de um protocolo de entrevista prendeu-se na sua essência a dois objetivos: a) reunir de forma sistemática e organizada todo um conjunto de questões a serem abordadas no curso de todas as entrevistas realizadas com o cliente, no sentido de estruturar a informação recolhida sob um modo coerente e operacional; b) criação de uma base de dados das informações recolhidas de modo a facilitar o seu tratamento e análise comparativas posteriores.

Este protocolo foi construído com base em itens referentes ao modelo de registo usado no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) – modelo Holístico. O protocolo de entrevista encontra-se dividido em dois grandes eixos, o primeiro dos quais a ser utilizado exclusivamente na primeira entrevista, uma vez que se refere a questões relativas à anamnese e outros dados pessoais do cliente. O segundo eixo – Avaliação do estado cognitivo – reporta-se ao protocolo/guião propriamente dito.

No que diz respeito ao ponto 3., à seleção de um instrumento de avaliação, foram tidos em consideração os seguintes aspetos: a) o domínio da avaliação do instrumento deverá relacionar-se com o objetivo de estudo estabelecido, bem como com o tipo de cliente que está a ser avaliado; b) o tipo e a natureza do instrumento deverá adequar-se à intenção de ser aplicado em dois momentos distintos do percurso evolutivo do cliente, na medida em que se pretende estudar em termos comparativos, esse mesmo percurso ao longo de um período de tempo de dois meses. O instrumento já deverá ter sido aplicado em investigações e estudos semelhantes, e aplicado no mesmo tipo de pacientes. Assim sendo, com base nos critérios referidos optou-se pela utilização e aplicação da escala do GAS (*Goal Attainment Scale*) para a avaliação do seu comportamento e outras escalas para avaliar o seu estado cognitivo.

2. Desenho da investigação

Definido que estava o objetivo do estudo (ver anexo9 – plano de estágio), elaborou-se um plano de aplicação da investigação e de recolha da informação sobre o cliente.

Uma vez que se pretende um corte longitudinal de dois meses no que respeita ao estudo da evolução de um caso de TCE, pré-definiram-se uma totalidade de 9 sessões a serem realizadas com o cliente, para avaliar o seu percurso comportamental. Estas tiveram lugar no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), onde o cliente se desloca todos os dias, onde segue a sessão de psicologia e treino cognitivo (entre outras sessões – *e.g.* sessão de orientação e relações interpessoais), com a frequência de uma sessão por semana (sessão de psicologia) e duas vezes por semana (treino cognitivo – RehaCom), e com a duração aproximada de uma hora.

As sessões definiram-se pela sua natureza semiestruturada, na medida em que se organizaram com base em questões abertas, mas também em questões que obedeceram à estrutura do protocolo de entrevista previamente construído.

As informações que iam sendo recolhidas das sessões realizadas com o paciente foram, na sua totalidade, sujeitas a acompanhamento e supervisão. Paralelamente a estas sessões, foram planeadas e realizadas entrevistas com a Dr.^a Sandra Guerreiro - neuropsicóloga do CRPG (dispondo assim de múltiplas fontes de informação e recolha de dados). Seguindo a linha de base AB (A - linha de base - comportamento na ausência de qualquer tratamento; B – “tratamento/reabilitação”). A demonstração da reabilitação requer um retorno à linha de base, visto que um forte efeito da reabilitação pode reduzir a mudança de um retorno à linha de base. Assim sendo, com base nos critérios referidos optou-se pela utilização e aplicação:

- Do GAS (*Goal Attainment Scale*) – para avaliar as questões mais comportamentais – tais como a sua impulsividade, atividades de vida diárias e autonomia;
- Mini-Mental State Examination – MMSE;
- FAB – Bateria de Avaliação Frontal;
- WMS – III *Escala de Memória de Weschsler* – Sequencias de Letras e Números e Localização Espacial (Memória de Trabalho);

- Linguagem – Token Test;
- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar;
- QOLIBRI – Qualidade de Vida após Lesão Cerebral;
- WAIS - III (escala métrica de Inteligência de Weschsler para Adultos - terceira versão).

2.1. Instrumentos utilizados

A) Tal como anteriormente referenciado foi utilizado um protocolo de entrevista, baseado na reflexão sobre a pesquisa bibliográfica previamente realizada.

B) Aplicação das escalas (provas já acima referidas).

2.2. Descrição das Escalas

Goal Attainment Scale

Malec (1991) enfatiza a importância que este instrumento confere envolvimento do cliente na definição de objetivos de reabilitação neuropsicológica para promover o sentimento de envolvimento e compromisso no processo. Este envolvimento do cliente permite assegurar algumas condições necessárias ao sucesso do processo de reabilitação: (a) aumento da autoconsciência, (b) desenvolvimento da capacidade de estabelecer objetivos, (c) gestão de expectativas face aos resultados que podem decorrer do processo de reabilitação junto dos clientes e seus familiares.

A maioria das pessoas com LCA (lesão cerebral adquirida) possui baixa consciência das suas capacidades e limitações, embora globalmente tenha uma vaga ideia de que têm menos capacidades do que tinham antes da lesão. Contudo, normalmente não são capazes de definir claramente os seus défices que, apesar de serem evidentes para os outros, são tendencialmente negados pelo próprio.

O processo tem início na oportunidade que os clientes têm de avaliar as suas próprias necessidades, pela realização de atividades formais e informais de avaliação. Este processo de identificação individual de objetivos é simultaneamente um processo de aprendizagem e de negociação. Não é expectável que no momento de início do programa

os clientes identifiquem claramente objetivos realistas para o seu programa. A finalidade na definição de objetivos que são significativos é que os pacientes reflitam e assumam como seus, um conjunto de objetivos que são significativos e apropriados para as suas necessidades individuais.

Definir objetivos que sejam significativos para os clientes serve de propósito de promover o envolvimento dos clientes no processo. O esforço por parte da equipa técnica em identificar objetivos de reabilitação significativos para os clientes é uma forma de demonstrar aos clientes a sua importância no seu processo de reabilitação e a sua capacidade de tomarem decisões, o que apoia a reconstrução da autoestima, que se encontra normalmente abalada devido aos défices secundários à lesão cerebral.

Os pacientes devem ser apoiados a identificar um objetivo global para a intervenção neuropsicológica, o que devido a limitações na consciência de si da maioria dos clientes pode requerer 4 a 6 semanas de trabalho diário em grupo para alcançar. Durante este período e ao longo de todo o programa a equipa técnica deve identificar objetivos a curto-prazo, que devem ser periodicamente revistos.

Uma vez identificados os objetivos gerais estes são convertidos na escala de GAS. A equipa deverá desenvolver a escala e apresenta-la ao cliente para aprovação, isto porque o processo de parametrização exige uma abstração cognitiva que se revela demasiado exigente para a maioria dos clientes.

O *Mini-Mental State Examination* é um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de défices cognitivos.

A *Bateria de Avaliação Frontal (FAB)* é um instrumento novo de avaliação Neurocognitiva que tem-se mostrado útil para despiste de problemas nas funções executivas, associadas ao funcionamento do córtex frontal do cérebro humano.

Em termos de cotação, a cada um dos subtestes poderá ser atribuído um mínimo de 0 pontos e um máximo de 3 pontos, assim a pontuação final da FAB varia entre 0 e 18 pontos.

A *WMS – III Escala de Memória de Wechsler* é um instrumento de avaliação importante quando se pretende proceder a um exame aprofundado da memória. Os dois sub testes utilizados avaliam, sobretudo, a memória de trabalho, já que a informação apresentada é

nova e está contextualizada pela situação de teste, exigindo ao sujeito aprendizagem e recuperação de informação.

O *Token Teste* é um instrumento geralmente utilizado na clínica neuropsicológica para avaliação da compreensão da linguagem.

A *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)* é um instrumento para a avaliação da ansiedade e da depressão.

De acordo com os pontos de cortes recomendados para ambas as subescalas:

- HADS-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HADS-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

O questionário *QOLIBRI – Qualidade de Vida após Lesão Cerebral* é constituído por 43 itens que se distribuem por sete fatores e está organizado em duas partes. A primeira avalia a satisfação do sujeito em quatro domínios: geral, cognição, self, vida diária e autonomia, e relações sociais. A segunda avalia o grau de incómodo que as pessoas sentem relativamente a dois domínios: emocional e físico.

As pontuações deste questionário variam numa escala de 0 a 100, sendo que valores mais elevados correspondem a uma perceção mais positiva de qualidade de vida (QdV).

A WAIS é uma escala de inteligência para adultos, que foi editada em 1968 por David Weschsler, no seguimento dos trabalhos realizados por este autor. Foi feita a reactualização de conteúdos e construíram-se normas baseadas nas respostas e nas cotações.

Apesar de a prova ter sofrido alterações, o seu objetivo e a sua natureza ficaram inalterados.

Quando se faz referência a estas escalas de inteligência, dois conceitos saltam à vista: o conceito de inteligência e o conceito de Q.I. Relativamente ao primeiro importa referir que a inteligência é multivariada e multideterminada, não é sempre adaptativa e, não implica obrigatoriamente um raciocínio abstrato. A inteligência não é apenas uma capacidade particular, mas é uma capacidade ou competência global, que permite ao indivíduo apreender o mundo e responder às solicitações do meio. No que se refere ao

conceito do Q.I., este “define o nível de inteligência, comparando a performance de um indivíduo com determinada idade, com os resultados obtidos de um grupo de indivíduos da mesma idade.” Na WAIS, os resultados obtidos nos subtestes, são convertidos em resultados standardizados.

Esta prova é constituída por onze subtestes, seis dos quais fazem parte da escala verbal e cinco da escala de realização. Estas duas escalas, podem ser aplicadas separadamente ou em conjunto. É a partir daqui que se recolhe o Q.I. verbal, o Q.I. de realização e o Q.I. total. A escala verbal é constituída pelos seguintes subtestes: informação, memória imediata de números, vocabulário, aritmética, compreensão e semelhanças. A escala de realização é constituída pelo completamento de imagens, ordenação de imagens, cubos, montagem de objetos e código.

Informação: esta prova foi elaborada com base nas ideias de que a informação é um indicador de capacidade intelectual; os indivíduos mais inteligentes possuem uma gama de interesses mais ampla, maior curiosidade e procuram maior número de estímulos mentais. O desempenho nesta prova pode sofrer variações em função da motivação individual, uma vez que indivíduos com mais interesses têm um leque maior de informação, enquanto indivíduos pouco recetivos às solicitações do meio possuem uma reserva de informação mais limitada. Este subteste é útil para o diagnóstico de dimensões de personalidade. Além disso, tem como função a retenção, a associação e organização da experiência.

Memória imediata de números: nesta prova o examinando tem que repetir várias séries de números depois de as ouvir uma vez. O comprimento das séries varia entre três e oito números (ordem inversa) e nove dígitos (ordem direta). Este subteste é utilizado na deteção da deficiência mental. Fraca memória de dígitos, principalmente na ordem inversa, aparece, normalmente, em pessoas que não são capazes de despender atenção necessária à resolução de tarefas mentais mais difíceis.

- Vocabulário: este subteste é constituído por quarenta palavras ordenadas em ordem crescente de dificuldade. A partir desta prova podem ver-se os processos de pensamento (profundidade de análise, subtilezas de significado, antecedentes culturais, definições bizarras) e, nalguns casos, sentimentos, emoções e valores.

- Aritmética: com esta prova pretende-se avaliar o “estado de alerta mental”. Segundo Weschsler os conhecimentos necessários, para realizar este tipo de prova, são elementares.

- Compreensão: este subtteste é constituído por situações problema, relativamente às quais o examinando deve compreender todos os aspetos implicados e fornecer respostas adequadas aos problemas propostos. O êxito deste subtteste parece estar associado ao grau de informação que a pessoa possui e à aptidão para avaliar e utilizar a experiência. Este tipo de prova visa avaliar os processos de pensamento, emoções e sentimentos dos examinandos.

- Semelhanças: neste subtteste há doze conjuntos de palavras emparelhadas, que o examinando tem que dizer quais as palavras de cada par que são semelhantes.

Escala de Realização

- Completamento de Imagens: nesta prova há quinze cartões, cada um com uma gravura incompleta num pormenor. O examinando tem que apontar para cada gravura o detalhe que falta. Algumas figuras são muito simples para uma pessoa vulgar, no entanto, há outras em que as deficiências são mais subtis.

- Ordenação de Imagens: aqui há oito séries de gravuras. Cada uma das séries é apresentada ao examinando de forma desordenada, e é-lhe pedido que ordene as gravuras de forma a representarem uma história. Este tipo de teste mede a aptidão de compreensão e de análise de uma situação total, sem recorrer à linguagem.

- Cubos: nesta prova há oito cubos todos iguais, que são utilizados para reproduzir determinados desenhos. Nos cubos duas faces são vermelhas, duas brancas, duas metades brancas e duas metades vermelhas. Esta divisão está feita em diagonal. O desempenho nesta prova é facilitado e superior quando o examinando é capaz de verbalizar as suas análises e as suas sínteses.

- Montagem de Objetos: para a realização desta prova são necessários quatro cartões que representam objetos familiares cortados em vários bocados. O examinando tem que juntar os vários pedaços dos objetos para obter um todo. Para a realização desta prova é necessário requerer perceção das partes para a sua construção num todo significativo.

- Código: aqui há nove retângulos divididos. Na parte superior de cada retângulo há um dígito e na inferior um símbolo. O examinando tem que, nesta prova, inscrever o símbolo correspondente a cada algarismo. Este teste requiere a associação de símbolos, implica velocidade e precisão de realização e memória visual.

Depois de apresentados os subtestes em pormenor, far-se-á referência ao apuramento e cálculo do Q.I. Todas as partes da escala são cotadas numa base de um ponto. Em alguns subtestes, o resultado bruto é apenas o número correto, o que acontece, por exemplo, no subteste de Informação. Nos subtestes Compreensão e Semelhanças, a cada item é atribuída uma pontuação de zero, um ou dois pontos em função da qualidade da resposta dada. Nas provas Aritmética e Cubos, o resultado bruto não se baseia somente nas respostas corretas, mas ainda no tempo que o examinando demora a resolver a tarefa proposta. Assim, o fator velocidade intervém em algumas provas deste teste, principalmente nas provas não-verbais, combinando-se com o nível de aptidão. O resultado bruto verbal é obtido a partir da soma da pontuação dos itens de todos os subtestes da escala verbal. Para obter os resultados brutos da escala de realização, faz-se o somatório dos resultados brutos obtidos nos subtestes desta escala. Estes resultados brutos vão ser convertidos em resultados estandardizados, que foram calculados a partir de um grupo de referência, constituído por 200 sujeitos com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos de idade. Esta é então a primeira etapa para obter o Q.I. de uma pessoa. Assim, obtém-se o Q.I. verbal e o Q.I. de realização. Para se obter o valor do Q.I. total, somam-se os resultados brutos da escala verbal e da escala de realização e entra-se com estes valor nas tabelas estandardizadas por idade, que são apresentadas no manual.

Os níveis de inteligência estão classificados de acordo com os resultados do Q.I. obtidos. Assim, são considerados deficientes mentais indivíduos com um Q.I. igual ou inferior a 69. O valor de 70 é considerado o limite da deficiência, enquanto um valor de 79 estabelece a fronteira para a normalidade fraca. Assim, um Q.I. de 80 a 89 é considerado normal fraco. Um Q.I. médio refere-se a valores entre 90 a 109. OS valores de 110 a 119 dizem respeito a um Q.I. médio forte. Indivíduos que obtêm resultados de 120 a 129 são considerados como tendo um Q.I. superior. Quando os resultados são iguais ou superiores a 130 o Q.I. é considerado muito superior. A WAIS permite também a determinação do Quociente de Deterioração Mental (QD). Este quociente diz respeito à estimativa da diminuição mental, na medida em que há funções que apresentam um declínio mais acentuado com a idade e outras menos. Na

WAIS, os subtestes que “se mantêm” com a idade são: Informação; Vocabulário; Montagem de Objetos e Completamento de Imagens. Os que “não se mantêm” com a idade são: Memória de Dígitos; Semelhanças, Códigos e Cubos. É com base nestes dados que é calculado o quociente de deterioração, através da fórmula:

QD = soma dos testes que se mantêm com a idade – soma dos testes que não se mantêm com a idade / soma dos testes que se mantêm com a idade ou seja:
 $QD = \frac{\text{Inform} + \text{Vocab} + \text{MontObj} + \text{CompImagens} - \text{Mem} + \text{Semelh} + \text{Código} + \text{Cubos}}{\text{Inform} + \text{Vocab} + \text{MontObj} + \text{CompImagens}}$. Este índice é uma técnica importante na estimativa de alterações nas aptidões, pois é muito difícil conhecer os resultados de um indivíduo no auge das suas capacidades, quando a sua idade já é mais avançada.

3. Caso clínico

Dados de identificação:

Paciente do sexo masculino, com 32 anos.

Frequentou o 6º ano num curso de Pastelaria e Panificação e, mais tarde, outro curso de Eletromecânica Industrial com equivalência ao 9º ano. Iniciou a sua vida atividade profissional aos 18 anos numa pastelaria onde permaneceu 7 anos, foi para uma empresa automóvel onde era distribuidor de material, trabalhou numa loja de bijuteria e há um ano que estava na empresa de serralharia e montagem de portões elétricos quando teve o acidente.

Refere que gosta de pastelaria. Encontra-se neste momento pelo seguro.

Mantém contacto e apoio da família, nomeadamente do pai e da irmã. Residia em união de facto com a namorada em casa desta, desde até Outubro de 2011, quando terminaram a relação. Atualmente vive com o Pai (57 anos, 4º ano, saudável, trabalhador por conta de outrem), Mãe (52 anos, doméstica, diabética e com depressões frequentes) e com a irmã (25 anos, solteira com 12º ano de escolaridade e segurança no aeroporto). Relação perturbada com a mãe que está com uma depressão. Já ajudou a irmã a organizar uma exposição de pintura. Não tem amigos, mas espera vir a recuperá-los. Gosta de fazer velas, ver TV, ouvir música, estar no PC e, às vezes, cozinhar. No passado era muito

dinâmico, praticava desporto, ginásio, piscina, atravessava o rio Douro a nado e percebia muito de computadores, chegando mesmo a fazer alterações significativas a todo o nível.

Atualmente é autónomo na sua higiene diária, no vestir, escolher roupa, nas tarefas domésticas, embora não faça praticamente nada, e é dependente na mobilidade fora de casa e nos transportes.

Sem informação de grande relevo na sua história clínica antes da lesão.

História Clínica:

Episódio de internamento em 26/10/10 por acidente de trabalho. Ao descarregar da viatura de trabalho caixilhos de alumínio com vidro, o NC foi atingido pela mercadoria, provocando queda da própria altura e esmagamento, do qual resultou um traumatismo crânio encefálico grave com fraturas temporais extensas, rebordo orbitário e arcada zigomática à esquerda.

NC esteve internado no Hospital de São João entre 26-10-2010 e 14-11-2010, altura em que teve alta hospitalar e iniciou acompanhamento pelos serviços Clínicos da companhia de seguros Açoreana, nas especialidades de Neurocirurgia, Estomatologia, Psiquiatria e Terapia da Fala. A 17-05-2012 foi-lhe dada alta com previsão de 60% de incapacidade permanente parcial, em resultado da identificação de estabilização das seguintes sequelas: Paresia facial, Disartria, Fotofobia e certas Perturbações Mentais

Desde Janeiro de 2012 o NC encontrava-se inscrito na Unidade de Reabilitação Funcional de Cegos Adultos do Centro de Reabilitação da Areosa, onde aprendeu a desenvolver competências nas áreas de informática, trabalhos manuais, braille, atividades da vida diária e mobilidade.

O NC chegou à consulta de Avaliação Neuropsicológica, sozinho através de transporte do CRPG. Apresentou-se de modo consciente, orientado e colaborativo nas atividades propostas.

Demonstra-se ativo e empenhado no seu processo de reabilitação, pelo que para além da frequência da Unidade de Reabilitação Funcional de Cegos Adultos do Centro de Reabilitação da Areosa, realizou recentemente um curso de voluntariado na Camara Municipal de Valongo e manifesta interesse por um conjunto diverso de áreas que se estendem desde o desporto adaptado à eletromecânica.

Encara de modo tranquilo o cenário de reintegração profissional, definindo-o como um objetivo que pretende concretizar num futuro próximo, e como oportunidade para reconstrução do seu projeto de vida.

Pedido: Foi solicitada uma avaliação Neuropsicológica no sentido de caracterizar défices cognitivos, devido a TCE. Pedido realizado pela seguradora Açoreana.

Validade da avaliação: Apresentou-se de modo consciente, orientado e colaborativo para completar os procedimentos psicométricos. As capacidades de linguagem do doente foram funcionais durante a entrevista e para os objetivos da avaliação psicométrica. O doente foi em geral cooperante e aparentou empenhamento satisfatório durante toda a avaliação.

Acredita-se que os resultados psicométricos desta avaliação refletem o atual nível de funcionamento cognitivo do doente.

Impactos do Acidente na Funcionalidade

O NC apresenta lesão da estrutura do sistema nervoso – cérebro, como consequência do acidente, com alterações ao nível das seguintes funções:

Funções sensoriais (redução da acuidade visual, fotofobia, diplopia) e da dor (queixas dolorosas nas arcadas dentárias).
--

Funções neuromusculoesqueléticas (paresia facial bilateral de predomínio direito).
--

Adicionalmente apresenta alterações das funções mentais nos seguintes domínios:

Alteração das funções da atenção – dificuldades de concentração e atenção na gestão de tarefas do quotidiano.

Alteração das funções de memória – dificuldades significativas em lembrar-se de eventos recentes do dia-a-dia.
--

3.1 - Aplicação das Escalas

A aplicação deste conjunto de escalas baseia-se nas descrições/relatórios clínicos escritos e em todo o conjunto de informações capazes de serem obtidas através do conhecimento clínico do cliente. Como tal, são escalas cujo preenchimento dependem do próprio técnico, ou entrevistador que avalia e acompanha o percurso clínico do dado cliente. Para evitar potenciais influências de julgamento quanto ao preenchimento de cada uma das escalas, uma vez que estas pretendem retratar um determinado percurso evolutivo que se deseja naturalmente bem-sucedido, elas são sujeitas à supervisão de um técnico independente da investigação, mas cujo conhecimento clínico do cliente lhe permita concretizar tal revisão.

Este conjunto de escalas será então aplicado em dois momentos distintos do período de dois meses, ao longo do qual será realizada a análise e acompanhamento do caso.

4. Resultados

No que respeita à análise e estudo de todo o conjunto de dados obtidos, optou-se por estruturar a exposição da informação segundo quatro eixos principais, a saber: exposição descritiva dos dados e história clínica do sujeito referente às entrevistas realizadas; síntese descritiva a partir dos resultados obtidos dos itens do protocolo; síntese descritiva a partir dos resultados obtidos da aplicação da escala «GAS».

Acrescente-se que, no que respeita a estes dois últimos pontos, no sentido de uma maior clarificação e facilidade de interpretação da informação exposta, se aconselha ainda a sua apresentação esquemática e/ou gráfica; finalmente, análise descritiva, de acordo com a perspectiva holística, do caso clínico do sujeito.

4.1. Síntese descritiva dos resultados dos itens do protocolo

Para o desenvolvimento deste caso, inicialmente foi feita detalhada anamnese e avaliação neuropsicológica com auxílio de instrumentos validados e fidedignos, por meio dos quais foi possível verificar as habilidades cognitivas comprometidas e conservadas e o nível de comprometimento apresentado.

Assim foi submetido à aplicação: GAS; Mini-Mental State Examination – MMSE; FAB – Bateria de Avaliação Frontal; WMS – III *Escala de Memória de Weschsler* – Sequências de Letras e Números e Localização Espacial (Memória de Trabalho); Linguagem – Token Test; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; QOLIBRI – Qualidade de Vida após Lesão Cerebral; WIS - III (escala métrica de Inteligência de Weschsler para Adultos - terceira versão). Além disso foi submetido às sessões de Treino Cognitivo (realizadas em grupo) onde foi utilizado o programa de computador RehaCom e atividades como: “jogo da memória”; “memória por categorias”, “lógica sequencial”, entre outros.

Os instrumentos foram aplicados individualmente (menos as sessões grupais – RehaCom e atividades cognitivas), no CRPG, no edifício 1, na sala 3.12 e 3.10 da área de neuropsicologia. A correção foi feita pela estagiária responsável por este relatório, com supervisão da sua orientadora.

Escala do GAS

Desta forma, através de uma avaliação inicial feita em conjunto com Nuno Costa, foi possível compreender quais as suas atividades de vida diárias (AVD's) mais afetadas assim como o nível em que se encontravam, de modo a garantir um planeamento mais vantajoso no acompanhamento e orientações direcionadas à independência do cliente.

Nuno Costa apresenta uma lesão da estrutura do sistema nervoso – cérebro, como consequência do acidente (*e.g.* um traumatismo crânio encefálico grave com fraturas temporais extensas, rebordo orbitário e arcada zigomática à esquerda), com alterações ao nível das seguintes funções:

- Funções sensoriais (redução da acuidade visual, fotofobia, diplopia) e da dor (queixas dolorosas nas arcadas dentárias)

Funções neuromusculoesqueléticas (paresia facial bilateral de predomínio direito)

Adicionalmente apresenta alterações das funções mentais nos seguintes domínios: alteração das funções da atenção – dificuldades de concentração e atenção na gestão de tarefas do quotidiano; alteração das funções de memória – dificuldades significativas em lembrar-se de eventos recentes do dia-a-dia; alterações das funções do temperamento e da personalidade – humor instável e mudanças comportamentais.

Quanto mais antecipado é a preparação para atingir a autonomia, melhor será o prognóstico e menor a dependência com os cuidadores.

Avaliar este tipo de dificuldades pode auxiliar no planeamento terapêutico adequado e otimizar a reabilitação do cliente para a realização das AVD's, refletindo-se na melhoria da sua qualidade de vida.

Numa primeira fase (Abril) o cliente foi apoiado a identificar um objetivo global para a intervenção neuropsicológica. Durante um período de 4-5 semanas e ao longo de todo o programa identificou-se objetivos a curto-prazo, que foram periodicamente revistos.

Numa segunda fase 17 de Maio iniciou-se a avaliação desta escala, tendo o seu fim a 17 de Julho.

Uma vez identificados os objetivos gerais estes foram convertidos na escala de GAS. Desenvolveu-se a escala e apresentou-se ao cliente para aprovação, isto porque o processo de parametrização exige uma abstração cognitiva que se revela demasiado exigente para a maioria dos clientes.

O processo de definição de objetivos de reabilitação utilizando o método do GAS foi definido como um processo que ocorre em 6 etapas:

1ª Etapa – seleção de objetivos

Os objetivos escolhidos foram:

1 - Para estruturar o meu dia, eu vou usar o meu bloco de notas/agenda para planear as minhas atividades de lazer e desporto em casa.

2- Ser mais ajustado (menor agressividade) nas relações com os outros

3 - Concentração na tarefa

2ª Etapa – atribuição e ponderação aos Objetivos

Para cada objetivo atribuiu-se as ponderações e a importância:

1 - Para estruturar o meu dia, eu vou usar o meu bloco de notas/agenda para planejar as minhas atividades de lazer e desporto em casa.

+2) Eu verifico as coisas que eu fiz (70 – 80%) do tempo.

+1) Eu verifico as coisas que eu fiz (50 - 60%) do tempo.

0) Eu sou capaz de escolher 1-2 atividades da minha agenda.

-1) Preciso 2-3 lembretes diários para me lembrar de preencher a minha agenda

-2) Revejo a minha agenda diariamente com a minha companheira ou terapeuta.

Atividades a anotar:

- Andar de bicicleta – 15/30 min. por dia

- Meditar – 15/30 min. por dia

Para se organizar:

- Rever o seu plano diário

- Obter os materiais necessários

- Consultar a agenda

- Tomar notas

2- Ser mais ajustado (menor agressividade) nas relações com os outros

(+2) Consigo ser ajustado 12 vezes/ dia

(+1) Consigo ser ajustado em 8-11 das situações sociais/dia

(0) Consigo ser ajustado em 5-7 das situações sociais/dia

(-1) Consigo ser ajustado em pelo menos 4 das situações sociais/dia

(-2) Consigo ser ajustado em menos de 3 situações sociais/dia

Comportamentos ajustados:

Manter o tom de voz a um nível socialmente ajustado (falar mais baixo)

Não fazer muitos gestos com as mãos.

Não responder agressivamente.

3 - Concentração na tarefa

+2) Consegue manter-se concentrado na tarefa mais de 1 hora

+1) Consegue manter-se concentrado na tarefa durante 1 hora

0) Consegue manter-se concentrado na tarefa 30 min

-1) Consegue manter-se concentrado na tarefa por 10 min

-2) Não consegue concentra-se na tarefa

3ª Etapa – Definição do período de tempo após o qual o GAS deve ser avaliado.

O período de avaliação da escala do GAS ocorreu durante 9 semanas (desde o primeiro momento de avaliação 17 de Maio até à última semana de avaliação 17 de Julho).

4ª Etapa – Definição de qual o nível de evolução esperado.

5ª Etapa – Definição de outros níveis de “outcomes” possíveis

6ª Etapa – Administrar o GAS na fase pré e pós intervenção e no *follow - up*

Na primeira avaliação (realizada a 17 de Maio), verificaram-se os seguintes níveis: no seu primeiro objetivo “Para estruturar o meu dia, eu vou usar o meu bloco de notas/agenda para planear as minhas atividades de lazer e desporto em casa” o Nuno Costa encontrava-se no abaixo do esperado = Nível de funcionamento no início do programa (-1) “Precisa de 2 a 3 lembretes diários para se lembrar de preencher a sua agenda”, visto que se esquecia do seu bloco de notas para as sessões e não realizava os registos pedidos; no segundo objetivo: “Ser mais ajustado (menor agressividade) nas relações com os outros” encontrava-se no abaixo do esperado = Nível de funcionamento

no início do programa (-1) – “Consigo ser ajustado em pelo menos 4 das situações sociais por dia”, nesta primeira avaliação Nuno mostrava alguma agressividade verbal para com os colegas do grupo e fraca postura durante as sessões; no terceiro e último objetivo da escala “Concentração na tarefa”, Nuno Costa encontrava-se no nível abaixo do esperado = Nível de funcionamento no início do programa (-1) – “Consegue manter-se concentrado na tarefa por 10 minutos” – mostrava bastante dificuldade em manter-se concentrado nalguma tarefa por mais de 10 minutos, tinha que realizar bastantes pausas e mostrava-se bastante irrequieto nas sessões de grupo.

Relativamente à pós-avaliação efetuada no dia 17 de Julho, com o objetivo de se avaliar nesta escala os níveis mantidos e melhorados no cliente ao longo do seu processo de reabilitação, obtiveram-se os seguintes resultados: no seu primeiro objetivo “Para estruturar o meu dia, eu vou usar o meu bloco de notas/agenda para planear as minhas atividades de lazer e desporto em casa” o Nuno Costa encontrou-se no nível esperado do programa (0) “Eu sou capaz de escolher 1-2 atividades da minha agenda”, visto que já realizava a maioria dos pedidos como consultar o seu bloco e tomar notas, começou a praticar meditação que o ajudou a controlar a sua impulsividade/ansiedade, andar de bicicleta não foi possível, visto que não teve possibilidades financeiras para adquirir uma bicicleta estática; no segundo objetivo: “Ser mais ajustado (menor agressividade) nas relações com os outros” encontrava-se no melhor do que esperado (+1) – “Consigo ser ajustado em pelo menos 8-11 das situações sociais por dia”, nesta última avaliação Nuno já conseguiu manter o tom de voz a um nível socialmente ajustado para com os colegas do grupo, a sua postura também melhorou, visto que já não fazia tantos gestos com as mãos e também não respondia tão agressivamente aos colegas e técnicos; no terceiro e último objetivo da escala “Concentração na tarefa”, Nuno Costa encontrava-se no nível melhor do que esperado (+1) – “Consegue manter-se concentrado na tarefa por 1 hora” – deixou de fazer tantas pausas durante as sessões de treino cognitivo e mostrou-se mais focalizado nas tarefas que lhe eram propostas, tanto individualmente como em grupo.

Em suma, Nuno Costa conseguiu alcançar em maioria os seus objetivos, visto que atingiu níveis melhores do que esperado (*e.g.* objetivos 2 e 3) um nível esperado (*e.g.* objetivo 1). Verificaram-se alterações ou variações muito significativas no que se refere aos itens relativos à ao cliente.

Mini-Mental State Examination – MMSE

Teste	2013	Desvio à Norma	Ponto de Corte
MMSE	24 (30)	Média	≤ 22

NC obteve um Total de 24 num máximo de 30 pontos, o que indica que NC se encontra dentro da média, visto que o ponto de corte para sujeitos com 1 a 11 anos de escolaridade é menor ou igual a 22.

FAB – Bateria de Avaliação Frontal

Teste	2013	Desvio à Norma	Ponto de Corte
FAB	17 (18)	Média	12 ± 0

A *Bateria de Avaliação Frontal (FAB)* é um instrumento novo de avaliação Neurocognitiva que tem-se mostrado útil para despiste de problemas nas funções executivas, associadas ao funcionamento do córtex frontal do cérebro humano.

Em termos de cotação, a cada um dos subtestes poderá ser atribuído um mínimo de 0 pontos e um máximo de 3 pontos, assim a pontuação final da FAB varia entre 0 e 18 pontos.

Somados, os seis subtestes totalizaram 17 pontos, encontrando-se dentro da média de acordo com a sua idade e escolaridade.

WMS – III Escala de Memória de Wechsler – Sequências de Letras e Números e Localização Espacial (Memória de Trabalho)

No sub teste de *Sequências de Letras e Números (SLN)* numa pontuação total, obteve 6 pontos, (Min.=0 Máx.=21).

No sub teste de *Localização Espacial (LE)* numa pontuação total, obteve 9 pontos, (Min.=0 Máx.=32).

Obteve um percentil borderline (SLN – 6 – 5; LE – 9 – 4; com um index score – 71; Perc. 3); revelou dificuldades de sobrecarga numa tarefa que exige desempenho simultâneo de tarefas. Mostrou dificuldades de atenção, ansiedade e outros problemas emocionais.

(Relatou perdas repentinas e momentâneas da visão).

Linguagem – Token Test

Obteve um total de 6 pontos em 22 (Min.=0 e Máx.=22), o que corresponde a um comprometimento na compreensão a linguagem.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

De acordo com os pontos de cortes recomendados para ambas as subescalas:

- HADS-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HADS-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

Obteve um HADS: Ansiedade: 10 – leve;

- Depressão de 13 – moderado.

QOLIBRI – Qualidade de Vida após Lesão Cerebral

Os resultados obtidos na primeira parte foram: cognitivo-50; self – 61; AVD – 29 e social – 29. Na segunda parte: emocional – 25 e físico – 10. Verifica-se que as respostas estavam distribuídas por todas as alternativas de forma equilibrada de acordo com a média e desvio padrão do questionário (M-58,3 e DP-18,0).

O seu total foi de 36 em 100, nestes dados podemos concluir que o cliente está menos satisfeito a nível cognitivo, na visão de si próprio e nas suas atividades da vida diária.

Assim sendo, não se verificaram alterações ou variações muito significativas no que se refere aos itens relativos à «descrição geral» do paciente.

Sempre que o nível de ansiedade se mostrava mais marcado, encontravam-se naturalmente associados aspetos como a postura comportamental e atividade psicomotora mais agitados, bem como a «forma» do discurso adotado que variava entre as suas maiores ou menores fluidez e espontaneidade.

WAIS

Os resultados obtidos nesta prova foram:

- Q.I. verbal: 87,
- Q.I. de realização:80
- Q.I. total: 83
- Percentil: 13

CV (compreensão verbal)	OP (organização percetual)	MT (memória de trabalho)
5	3	8
9	12	7
6	11	6
Total: 21	Total: 92	Total: 81
Índice CV: 85	Índice OP: 92	Índice MT: 81

QIVerbal – QIRealização

$$87 - 80 = 7 \text{ (6, 63 p= 0,15)}$$

Índice CV – Índice OP

$$85 - 92 = - 7 \text{ (7,04 p= - 15)}$$

Índice OP – Índice MT

$$92 - 81 = 11$$

O QIT é a pontuação global que fornece a WAIS, é um indicador global da capacidade cognitiva, com reduzido valor explicativo.

O objetivo desta escala foi recolher informação que fosse de utilidade para o diagnóstico diferencial de algum tipo de perturbação neurológica e/ou psicológica, a fim de estabelecer a afetação do funcionamento intelectual. Assim como descrever o funcionamento intelectual em termos de habilidades e dificuldades do cliente avaliado.

Esta escala permitiu analisar as áreas fortes como o caso da observação percetual, pois obteve um índice de 92 e as áreas fracas do seu funcionamento intelectual como o caso do seu índice de memória de trabalho, no qual obteve o valor de 81. Outros valores significativos foram a diferença entre o QIVerbal e o QIRealização e a diferença entre o índice de OP e o índice de MT, no qual obteve um valor de 11; valores que consistem com a Lesão Cerebral. Assim, um Q.I.T. de 80 a 89 é considerado normal fraco e o cliente

obteve um Q.I.T. de 83. Estas informações serviram de pauta para preparar o programa de intervenção cognitiva e avaliar a sua eficácia.

Assim no programa de RehaCom e em exercícios realizados no treino de mesa foram treinados a Memória de Trabalho e a sua compreensão verbal.

5. Algumas considerações

Pretende-se aqui, na generalidade, elaborar uma reflexão sumária sobre o percurso evolutivo do processo de reabilitação do cliente.

Os principais obstáculos identificados foram: a falta de informação por parte dos familiares; impossibilidade de ter conhecimento sobre o tipo de limitações que o senhor NC. apresentava quando se apresentava fora do CRPG e em ambiente familiar.

Após uma primeira fase de avaliação Neuropsicológica dos principais défices evidenciados pelo cliente NC, decorriam em conjunto as sessões de intervenção psicológica individual, uma vez por semana (quarta-feira, das 9h00 às 10h00). As sessões decorreram desde Março até Julho de 2013 e tiveram como objetivo uma recolha da sua história Neuropsicológica; criar uma relação empática com o cliente através da exploração da sua história clínica e familiar; consciencializar o cliente para os seus problemas, quer cognitivos quer comportamentais, assim como clarificar os seus objetivos de reabilitação e pessoais.

5.1 Observação das Sessões de Estimulação Cognitiva

O senhor NC. mostrou-se bastante recetivo à proposta de intervenção apresentada, relevando uma atitude colaborante e motivada para a execução das atividades propostas. Ao longo das primeiras sessões de estimulação cognitiva, manteve-se pouco colaborante, afirmando ter dificuldades de visão. Para o ajudar ajustou-se o contraste do ecrã do computador, assim como se realizaram sessões individuais de treino cognitivo. Estas sessões surtiu efeito, uma vez que, já no final da reabilitação NC conseguia uma maior concentração na tarefa proposta.

Para ajudar a ultrapassar a dificuldade em relação às tarefas diárias, alguns exercícios foram realizados com recurso a objetos reais, estimulando ainda a realização de atividades da vida diária. Ainda no domínio executivo, NC. evidenciou alguma dificuldade ao nível da fluência verbal, abstração e no controlo inibitório, revelando ainda comportamentos

de perseveração, que se mantiveram quase sempre ao longo de todas as sessões, principalmente nas de grupo.

A estabilidade anímica foi, sem dúvida, um dos principais focos de intervenção. Para isso, recorreu-se à psicoterapia de apoio e não só. Era importante que NC. tivesse uma maior capacidade de controlo emocional, pois só assim a reabilitação cognitiva poderia causar efeito. Desta forma, foi explicado ao cliente que era importante debater assuntos relacionados com a família, explorar as questões que a angustiavam e de que tinha medo, mas também era importante debater outros assuntos relacionados com o seu passado, principalmente atividades relacionadas com desporto. Assim, NC. sabia que haveria sempre espaço em todas as sessões para falar do assunto mais importante da sua vida, a família, reduzindo, de forma progressiva os níveis de ansiedade ao longo das sessões e obter satisfação no debate de questões alheias à família, aumentando os níveis de atenção e concentração para a realização das tarefas. A introdução de exercícios especificamente relacionados com a sua história de vida que teve, também, implicações positivas no discurso do cliente, verificando-se uma redução do discurso obsessivo em relação às atividades que realizava no passado e que agora não conseguia realizar, devido ao seu problema de visão – principalmente atividades de desporto - que o caracterizava inicialmente.

Foi também notória a reduzida capacidade de *insight* que o cliente apresentava em relação aos seus défices cognitivos (comportamento de indiferença quando não sabia/não conseguia responder aos exercícios apresentados, como se fosse algo normal) e às limitações físicas (crenças irrealistas sobre uma melhoria física rápida e completa). Ao longo das sessões, o cliente começou a adquirir esta capacidade de crítica e revelou alguma sintomatologia depressiva, apresentando-se bastante triste e insatisfeito. Foi, então, essencial proceder à explicação dos vários motivos que estariam na origem dessas dificuldades cognitivas, através da psicoeducação. Este método tem como finalidade fornecer informações sobre o problema, esclarecer como lidar com os sintomas ou com as limitações deles decorrentes, e explicar como podem ser obtidas as mudanças, e qual o papel do doente e do neuropsicólogo neste processo (Guerreiro *et al.*, 2009). Foi explicado ao cliente o motivo que estava na origem dos seus défices físicos e cognitivos. Claramente, a sua limitação em termos de visão, linguagem e imagem corporal era o que mais o constrangia. Assim, foi explicado que a recuperação física era demorada, mas se se esforçasse na fisioterapia, terapia da fala e realizasse todos os exercícios pedidos, tanto nas sessões individuais, como as grupais, aos poucos iria recuperar. Em todas as sessões,

após os exercícios de orientação, o cliente era questionado sobre o seu desempenho nas outras atividades realizadas no centro, e reforçado sempre que revelasse um comportamento desejável. A psicoeducação teve um efeito positivo ao nível da motivação, adesão ao tratamento, permitindo ainda, adotar crenças realistas em relação ao processo de recuperação, bem como a adaptação à sua nova condição física.

Foi ainda fundamental atuar sobre a autoestima de NC, diminuindo o grau de dificuldade das tarefas para que este as pudesse completar com sucesso e com o mínimo de ajuda possível, sendo reforçado sempre que realizasse corretamente uma atividade.

Em suma, após a análise dos resultados à data da última sessão (31 de Julho), constatou-se o seguinte: melhoria a nível de concentração e atenção na gestão de tarefas; melhoria em recordar acontecimentos e informação; maior concentração e atenção na execução de atividades, que exijam maior acuidade visual (sabe como se proteger da luminosidade – o que lhe provoca perda da acuidade visual); humor mais estável e maior contato com o grupo de colegas; maior resistência à frustração; comportamento mais ajustado e adequado relativamente aos padrões comportamentais da relação interpessoal.

Apesar da dificuldade da execução de tarefas da vida diária que exijam maior acuidade visual possui autonomia e independência nas atividades da vida diária.

Ao longo das várias sessões foi permitido ainda verificar que NC apresenta melhorias nas alterações ao nível das funções neuromusculoesqueléticas melhorando seu impacto a nível físico – funcional e psicológico as quais apesar de ainda afetarem de momento as suas atividades e domínios de participação e comprometerem a sua reintegração profissional nas atuais circunstâncias, pretende-se que haja um maior desenvolvimento.

Recomenda-se ainda a continuação de um plano individual de reabilitação e reintegração, com os seguintes objetivos:

Objetivos	Resultados Esperados
1. Promover o desenvolvimento de competências cognitivas em défice, nomeadamente a capacidade de atenção, concentração em tarefa e memória.	Aumentar o tempo de atenção/concentração em tarefa

<p>2. Treino e habituação ao uso de estratégias de compensação dos défices, aceitação e construção de um projeto de vida mais realista com ganhos de autonomia.</p>	<p>Utilização efetiva das estratégias de compensação dos défices</p>
<p>3. Promover a melhoria da comunicação oral, nomeadamente da disartria e da paresia facial</p>	<p>Melhoria do défice motor, com recuperação da mimica facial.</p>

F - NOTAS FINAIS

O presente relatório teve como matriz um contato mais próximo com a profissão em Neuropsicologia Clínica, com o cliente e com o ambiente profissional numa equipa de reabilitação neuropsicológica. Neuropsicologia é a área da Psicologia que aborda as relações existentes entre a Dinâmica Encefálica e as diversas facetas do Comportamento Humano (Atividade Nervosa Complexa, Conduta, Esfera Emocional e Personalidade).

A entrevista neuropsicológica no ato clínico está prevista as seguintes situações: diagnóstico diferencial entre síndromes psicogénicas e neurogénicas; diagnóstico diferencial de possíveis etiologias da disfunção cerebral; avaliação de funções preservadas e comprometidas após uma lesão cerebral; estabelecimento de medidas neuro-comportamentais para monitorizar a evolução da doença cerebral; comparação de resultados pré e pós intervenção farmacológica, cirúrgica, ou neuropsicológica; avaliação das funções nervosas complexas para a formulação de estratégias de reabilitação.

Já é atualmente sabido que, tal como acontece com todos os outros tipos de técnicas de investigação científica, também no que respeita ao método do estudo de caso individual é possível serem delineadas e postas em prática todo um conjunto de procedimentos metodológicos que visam à redução das suas limitações próprias – desde que, naturalmente, bem delimitadas e cuidadosamente concretizadas.

A aplicação e investimento neste tipo de metodologia fez, seguramente, revelar o seu potencial em investigação, proporcionando importantes reflexões e hipóteses experimentais teóricas e clínicas.

Assim, o estágio em contexto de prática clínica, permitiu à estagiária confrontar o seu conhecimento adquirido nas aulas com situações práticas, perante as situações abordadas em contexto real, a estagiária viu suscitado maior interesse na prática e no aprofundamento do seu conhecimento.

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, no seu todo, quer o espaço físico, quer os seus recursos humanos forma uma equipa multidisciplinar na qual se verifica um esforço para atingir um fim comum, neste caso a reabilitação funcional e profissional de pessoas com Lesão Cerebral Adquirida. A experiência proporcionada no CRPG pode assim, ser considerada como enriquecedora e complementar, sendo de salientar que a confiança depositada na estagiária, permitiu que esta ganhasse maior segurança na execução das técnicas de avaliação e reabilitação neuropsicologia e no contato com os clientes.

No contato inicial com o CRPG pude presenciar e observar duas avaliações neuropsicológicas, sendo que a etapa seguinte implicou a minha participação em mais um caso clínico, na sessão de psicologia. Posteriormente fui incitada a assistir às atividades de Orientação e Relações Interpessoais, assim como a dirigir algumas sessões de Treino Cognitivo – para tal recorri à leitura de alguma bibliografia, disponível no Gabinete de Psicologia do Centro. Este incentivo veio fomentar a minha proximidade com o grupo, visto que possibilitou ter um conhecimento profundo das capacidades e limitações de cada cliente do grupo com Lesão Cerebral Adquirida. Relativamente à gestão e orientação nas atividades em grupo – Treino cognitivo – nomeadamente com o *software* RehaCom e exercícios de mesa, pode-se considerar que foram realizadas com sucesso, tendo em conta o progresso do cliente (ver em Anexo7 – tabela dos exercícios).

Gradualmente foram-se adquirindo maior confiança e autonomia na preparação e no cumprimento das diversas atividades de intervenção, quer grupais, quer as sessões individuais. Graças a uma motivação, que permitiu encontrar uma identidade pessoal e profissional, conseguindo desenvolver o trabalho que era proposto.

Com certeza, recordarei estes primeiros passos, os quais representam o verdadeiro contato com o mercado de trabalho, com os clientes e respectivos contextos de vida, contribuindo positivamente para a minha formação, permitindo o aperfeiçoamento de certas competências como a aquisição de conhecimentos de habilidades nesta população específica.

G - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRISQUETA-GOMEZ, J. & SANTOS, F. H, (2006). *Reabilitação neuropsicológica: da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Ben-Yishay, Y., (sd). *Cognitive Remediation After TBD: Toward a Definition Of Its Objectives, Tasks and Conditions*.
- Ben-Yishay, Y. & Gold, J., (2000). *Therapeutic Milieu Approach to Neuropsychological Rehabilitation*. In: R. Wood (eds.) *Neurobehavioral Sequel of Traumatic Brain Injury*. Taylor & Francis Ltd, New-York.
- Ben-Yishay, Y. & Lakin, P. (sd). *Structured Group Treatment for brain-injury survivors*. In. D. Ellis & A-L. Christensen (eds.), *Neuropsychological Treatment After Brain Injury*. Kluwer Academic Publishers. Boston.
- Ben-Yishay, Y.Ph.D., Rattok, J.M.A., Lakin P. Ph.D., Piasetsky, E.B. Ph.D., Ross B. Ph.D., Silver, S.M.A., Zide, E. Ed.D., & Ezzachi, O.M.A. (1985). *Neuropsychological Rehabilitation: Quest for Holistic Approach*. Seminars in Neurology.

- Cicerone, K.D.PhD, Dahlberg, C.MA-CCC., Kalmar, K.PhD, Langenbahn, D.M.PhD, Malec, J.F.PhD, Bergquist, T.F. PhD, Felicetti, T. PhD., Giacino, J.T.PhD, Harley, J.P.PhD, Harrington, D.E.PhD, Herzog, J.PhD, Kneipp, S.PhD, Laatsch, L.PhD., Morse, P.A.Ph., (2000). *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Recommendations for Clinical Practice*. Review Article. Arch Phys Med Rehabil. Vol.81.
- Cicerone, K.D.PhD, Dahlberg, C.MA, CCC-SLP., Malec, J.F.PhD, Langenbahn, D.M.PhD, Felicetti, T.PhD, Kneipp, S.PhD, Ellmo, W.MS, CCC-SLP, Kalmar, K.PhD, Giacino, J.T.PhD, Harley, J.P.PhD, Laatsch, L.PhD, Morse, P.A.PhD, Catanese, J.MA, CCC-SLP, (2005). *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 1998 Through 2002*. Review Article.
- CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2007/2012). Arcozelo, Vila Nova de Gaia. Em: www.crbg.pt.
- Daniels-Zide, E., and Ben-Yishay, Y., (2000). Holistic day program. In A.L. Chirstense and B. Uzzel (Eds.). *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gouveia, P., Bolognani, S., Brucki, S., Fabrício, A., Bueno, O., (2001). *Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida*. Rev. Psiq. Clín. 28 (6):295-299.

- Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A. R., & Castro-Caldas, A. (2009). *Avaliação de 5 Anos de Reabilitação Neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG)*. Revista Essa, nº 8/9, Edições Colibri, pp. 19-36.
- Lesak, M.D., (2003). 'Principles of Neuropsychological Assessment'. Psychologic, 34, 9-25.
- Maia L, Correia C, Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica – Estudos de Caso e Instrumentos*. Lisboa: Lidel Edições.
- Murga, F.M., Lazcano, M.M., Duarte, R.R., Morales, M.R.D., (2002). *Rehabilitación Neuropsicológica, Multidisciplinar, Integral y Holística del Daño Cerebral Adquirido*. Centro de Rehabilitación de Daño Cerebral C.RE.CER – Sevilla.
- Prigatano, G.P. (1999). *Principles Of Neuropsychological Rehabilitation*. Oxford University Press: New York.
- Rohling, M.L., Faust, M.E., Beverly, B., Demakis, G., (2009). *Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: A Meta-Analytic Re-Examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005)*. Systematic Reviews. Neuropsychology. American Psychological Association. Vol. 23, No. 1, 20 –39.
- Rusk Institute of Rehabilitation Medicine (sd). *Brain Injury Day Treatment Program. Documento Institucional*. New York University Medical Centre.

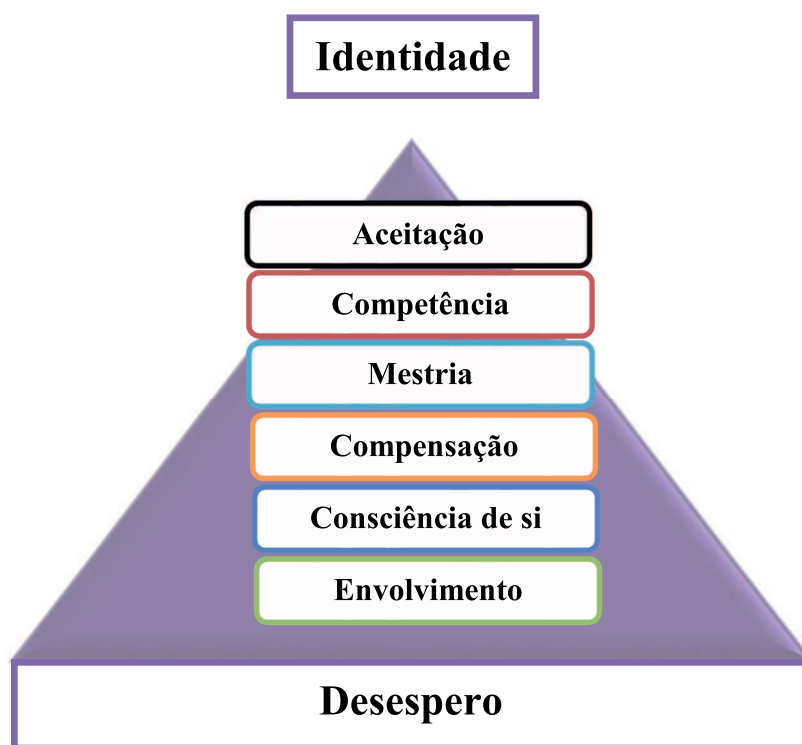
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, (2009). Em:
<http://www.spavc.org>
- Wilson, B. (1999). *Case Studies In Neuropsychological Rehabilitation*.
- Wilson, B., Gracey, F., Evans, J. J., Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. (pp. 1-175). Cambridge: University Press.
- www.rehacom.com

Anexos

Anexo 1: ‘Organigrama’



Anexo 2: “Pirâmide dos Desafios”



Anexo 3: Desenvolvimento e Tipologia das Atividades

Actividades Tipo	Estratégias
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Exercícios terapêuticos activos e/ou passivos;• Exercícios dinâmicos – reeducação das actividades funcionais e estimulação no solo e meio aquático;• Exercício sensorio – motores
Terapia Ocupacional Individual	<ul style="list-style-type: none">• Exercícios terapêuticos; Simulações
Terapia Ocupacional em Grupo	<ul style="list-style-type: none">• Exercícios terapêuticos; Dinâmicas interpessoais; Recreativas e Simulações.
Psicoterapia	<ul style="list-style-type: none">• Psicoterapia individual.

Orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias “poster”, dinâmicas de comunicação em grupo.
Relações Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas de psicodrama.
Treino Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Treino de estratégias compensatórias através de exercícios de estimulação neurocognitiva.
Terapia da Fala	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios articulatórios para a instalação dos fonemas. • Massagem facial/cervical. • Exercícios respiratórios. • Exercícios de análise - síntese.
Desenvolvimento de competências de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de desenvolvimento da autonomia nas AVD, de atividades de lazer e desportivas; treino de autonomia no uso da rede de transportes coletivos.
Módulo Básico de Tecnologia de Informação e Comunicação	Aprendizagem através da prática de exercícios formativos sob orientação e acompanhamento do formador.
Intervenção com as famílias	Grupo psicoeducativo ou sessões individualizadas. A opção pela modalidade mais ajustada deverá ser feita aquando da constituição do Grupo no sentido de avaliar qual a melhor modalidade de intervenção para dar resposta às necessidades específicas de cada sistema familiar.

Atividades Tipo	Estratégias
Balanco de Competências Exploração dos interesses Exploração dos valores Experiências de exploração em contexto Estágios orientação internos/externos Construção do Projecto de Integração na Vida Activa e Profissional	Estratégias de exploração direta e indireta Realização de tarefas vocacionais de grau crescente de complexidade em contextos reais e/ou simulados de trabalho. Visitas a salas de formação. Realização de tarefas representativas das áreas vocacionais em ambientes formativos. Visitas a contextos externos de formação e de trabalho. Estágios externos em contexto real.

Anexo 4: Relatório de Avaliação Neuropsicologia no CRPG

<u>Objetivos Gerais</u>	<u>Calendarização</u>
1. Observação de intervenção em contexto de grupo de várias atividades: psicologia, orientação, comunicação e relações interpessoais.	Todo o estágio
2. Observar e realizar avaliações neuropsicológicas, realizando o relatório integrador dos dados das provas estandardizadas, da observação e da entrevista clínica.	Todo o estágio
3. Conhecer e utilizar provas estandardizadas de avaliação Neuropsicológica: identificar as provas e que função mental que avaliar; saber administrar, cotar e interpretar as mesmas.	Todo o estágio
4. Elaborar relatórios das consultas/atividades desenvolvidas, fazendo uma leitura do cliente que integre o observado com conceitos teóricos de intervenção.	Todo o estágio
5. Realizar sessões de intervenção cognitiva de acordo com várias estratégias de intervenção: computadorizado, papel - lápis e em contextos mais ecológicos de aprendizagem.	Todo o estágio
6. Realizar a intervenção de reabilitação Neuropsicológica de um cliente, elaborando objetivos, plano e atividades de intervenção.	Todo o estágio



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Dados Gerais

Cliente:

Nº:

Técnico responsável:

Data da avaliação:

Natureza do Pedido

Informação Sócio-biográfica

História Clínica

Observação Comportamental



Resultados da Avaliação Neurocognitiva

Conclusões e Recomendações

Vila Nova de Gaia,

O TÉCNICO

Anexo 5: Grelha relativa ao Grupo

- Listagem elementos

Início: Março 2013

Nº entidade / Nome	Idade	Escol. Profissão	Data da lesão	Tipo Lesão/Descrição	Consequências da lesão Ajudas técnicas e apoios	Alojamento/ Transporte	MF & Terapias	Gestor de caso
1. NC	32	6ºano Eletromecânico Industrial. Afinador de máquinas industriais.	Acidente de trabalho em 26/11/2010	TCE grave (GCS=6),	Sem défices motores. Visão e audição alteradas. Apraxia (?)	Utiliza transportes públicos. Virá com transporte adaptado		EP / SG
2. MS	26	Licenciatura de Gestão Hoteleira; trabalhava como empregada de mesa num restaurante	28/12/2010 Acidente de trabalho (viação)	TCE grave	Hemiparesia esquerda, com MSE a funcional. Faz marcha com autonomia embora ainda não se desloque sozinha.	Necessita transporte adaptado - Esmoriz		EP/ SG
3. CF	40	12º Ano Auxiliar de ação educativa	2008	2000 – Diagnóstico de Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crónica. Junho 2008 – AVC	Hemiparesia esquerda	Necessita alojamento	Marcar consulta para prescrição	PV /SG
4. CP	35	6º Ano Construção civil	2011	AVC isquémico	Hemiparesia direita, cegueira (refere que às vezes vê sombras) do olho direito, afasia com alterações na capacidade de nomeação e trocas semânticas.	Necessita de Alojamento Transporte adaptado	Consulta Prescrição (FT+ TO) -Av. Terapias	PP/ IA
5. AR	42	9º Ano Técnico de manutenção de sistemas de incêndio	2010	Cirurgia de remoção de quisto no cérebro	Hemiparesia direita, hemianopsia homónima direita, disartria, perda da sensibilidade	Transporte adaptado Apoio de 3ª pessoa deslocações (no início do processo)	Consulta prescrição (FT+TO) - Av. Terapias	MM/ IA

					proprioceativa do membro superior direito e desorientação no espaço.			
6. FS	50	6º Ano Segurança	2007	AVC	Hemiparesia esquerda Memória, ritmos lentificados, discurso circular e repetitivo	Utiliza transporte próprio		PV/ IA
7. LV	26	12º Ano Curso profissional Eletrónica e Equipamentos	2010	TCE (acidente de viação)	Alterações comportamentais (irritabilidade, impulsividade, conversas deslocadas, tom de voz alterado)	Transporte adaptado	Fez hoje Av. Médica Terapias (?)	IA
8. DS	38	9º Ano	1999	TCE (acidente motorizada)	Instabilidade emocional e psíquica, agitação psicomotora, alterações no pensamento	Alojamento Aguda, autónomo transportes públicos		SG
9. OS	23	Ensino superior incompleto	2010	TCE grave (GCS=4)	Marcha com andarilho, lentificação generalizada. Défices cognitivos.	Alojamento apoiado, transporte adaptado		SG
10. EO	56	4º Ano	2009	AVC	Hemiparesia direita (ligeira), síndrome depressivo reativo, défices cognitivos, falta de iniciativa.		Marcar 1ª consulta médica	MM/IA

Anexo 6: ‘Horário das atividades’ – exemplo

DIAS SEMANA	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
9h00 - 10h15	Oficina	T Fala	Psicologia	Oficina	Fisioterapia
10h15 - 10h45	Orientação	Orientação	Orientação	Orientação	
11h00 - 12h30	Rel. Interpessoais	TO Grupo	Treino Cognitivo	Rel. Interpessoais	TIC

Almoço					
13h45 - 15h15	TO Grupo	TIC	TO Grupo	Treino Cognitivo (RehaCom)	Exp. Corporal
15h30 - 16h30		Fisioterapia	Fisioterapia	T Fala	

Anexo 7 - RehaCom

Cliente	Data	Computador	Exercício	Nível
MS	07-03-2013	2	Memória Topológica	7
NC	07-03-2013	1	Vigilância	7
CF	07-03-2013	7	Raciocínio Lógico	10
DS	07-03-2013	5	Atenção Concentração	9
MS	14-03-2013	2	Memória Topológica	7
NC	14-03-2013	1	Vigilância	15
ÓS	14-03-2013	6	Atenção Concentração	5
DS	14-03-2013	5	Atenção Concentração	15
MS	18-03-2013	2	Memória Topológica	11
NC	18-03-2013	1	Vigilância	15
OS	18-03-2013	6	Atenção Concentração	8
DS	18-03-2013	5	Atenção Concentração	16
CF	18-03-2013	7	Raciocínio Lógico	14
MS	28-03-2013	2	Memória de rostos	6
ÓS	28-03-2013	6	Atenção Concentração	11
DS	28-03-2013	5	Atenção Concentração	18
CF	28-03-2013	7	Raciocínio Lógico	17
MS	04-04-2013	2	Memória de rostos	15
NC	04-04-2013	1	Memória Topológica	5
ÓS	04-04-2013	6	Atenção/Concentração	13
DS	04-04-2013	5	Atenção/Concentração	19
CF	04-04-2013	7	Raciocínio Lógico	18
MS	11-04-2013	2	Memória de rostos	15
NC	11-04-2013	1	Memória Topológica	6
ÓS	11-04-2013	6	Atenção/Concentração	15
DS	11-04-2013	5	Atenção/Concentração	20
CF	11-04-2013	7	Raciocínio Lógico	19
MS	16-04-2013	2	Memória de rostos	18
NC	16-04-2013	1	Memória Topológica	6
ÓS	16-04-2013	6	Atenção/Concentração	16
DS	16-04-2013	5	Atenção/Concentração	22
CF	16-04-2013	7	Raciocínio Lógico	20
MS	29-04-2013	7	Raciocínio Lógico	21
NC	29-04-2013	1	Memória Topológica	6
ÓS	29-04-2013	6	Atenção/Concentração	17

DS	29-04-2013	5	Memória Figuras	3
CF	29-04-2013	7	Raciocínio Lógico	21
ÓS	02-05-2013	7	Raciocínio lógico	5
MS	09-05-2013	2	Compras	5
NC	09-05-2013	1	Memória verbal	6
ÓS	09-05-2013	6	Raciocínio lógico	8
DS	09-05-2013	5	Memória Figuras	4
CF	09-05-2013	7	Raciocínio Lógico	22
MS	16-05-2013	2	Compras	7
NC	16-05-2013	1	Memória verbal	7
ÓS	16-05-2013	6	Raciocínio lógico	10
DS	16-05-2013	5	Memória Figuras	3
CF	16-05-2013	7	Raciocínio Lógico	22
MS	23-05-2013	2	Compras	8
NC	23-05-2013	1	Memória verbal	7
ÓS	23-05-2013	6	Raciocínio lógico	12
DS	23-05-2013	5	Memória Figuras	6
MS	30-05-2013	2	Compras	9
NC	30-05-2013	1	Memória verbal	5
ÓS	30-05-2013	6	Raciocínio lógico	14
DS	30-05-2013	5	Memória Figuras	4
CF	30-05-2013	7	Raciocínio Lógico	22
MS	06-06-2013	2	Compras	10
NC	06-06-2013	1	Memória verbal	6
ÓS	06-06-2013	6	Raciocínio lógico	16
DS	06-06-2013	5	Memória Figuras	5
MS	13-06-2013	2	Compras	14
NC	13-06-2013	5	Memória Figuras	5
ÓS	13-06-2013	7	Raciocínio Lógico	18
DS	13-06-2013	5	Memória Figuras	5
CF	13-06-2013	2	Compras	7
MS	19-06-2013	2	Compras	15
NC	19-06-2013	5	Memória Figuras	4
ÓS	19-06-2013	7	Raciocínio Lógico	18
DS	19-06-2013	5	Memória Figuras	5
CF	19-06-2013	2	Compras	Faltou
MS	27-06-2013	2	Compras	18
NC	27-06-2013	5	Memória Figuras	6
ÓS	27-06-2013	7	Raciocínio Lógico	17
DS	27-06-2013	5	Memória Figuras	6
CF	27-06-2013	2	Compras	9

Anexo 8: Anamnese

Anamnese

Estado de consciência do paciente

Orientação

Como se chama _____

(NT: Idade: _____ Data de nascimento _____)

Onde nasceu _____

Que dia é hoje? ____ Em que mês estamos? _____ Em que ano estamos? ____

Que horas são? _____ O que fez hoje? _____ E ontem? _____

Em que data se celebra o Natal? _____ E o dia da independência? _____

Qual é o dia do trabalhador? _____

Onde reside? _____ É casado? ____ Qual foi a data do casamento? ____

Tem filhos? _____ Quantos anos têm? _____

Nível pré – mórbido

Em que escolas estudou _____

Qual o grau acadêmico alcançou? _____ Quando? _____

Há quanto tempo desempenha essa profissão? _____

Onde trabalhou antes? _____

O que faz aos fins – de – semana? _____

E às tardes? _____

Que coisas despertam o seu interesse? _____

A atitude do paciente face à sua situação

Como se sente? _____

Onde está agora? _____ Quando chegou cá? _____

Qual o nome do seu médico assistente? _____

Quem sou eu? _____ Conhecia-me anteriormente? _____

Descontrola-se com facilidade? _____

Pode realizar bem o seu trabalho habitual? _____

Tem dificuldades específicas nele? _____

Como é a sua vida familiar? _____

Observações: _____

Principais queixas do paciente

Queixas subjetivas e espontâneas

Como se sente? _____

Sente que alguma coisa está mal consigo? (tente explicar como se sente) _____

Onde se localizam as suas queixas? _____

Por vezes sente ansiedade? _____ Como é o seu sono normal? _____

Sente demasiada fome? _____ E sede? _____

Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual? _____

Queixas generalizadas

Tem dores de cabeça? _____ Pode descrever como são? _____

Onde se localizam? _____ Esta é a sua única queixa? _____

Tem tido perdas de visão? _____ Quando deu conta? _____

Tem dificuldades de audição? _____ Quando começaram? _____

Não tem qualquer outra queixa? _____

Acredita ter perdido a sua capacidade de iniciativa? _____

Sente-se mais cansado do que habitual? _____

Tem dificuldades de memória? _____ De que tipo? _____

Por exemplo: esquece-se do que lê? Esqueceu-se do que aconteceu ontem? _____

E do que ocorreu à uma hora? _____ Usualmente custa-lhe a encontrar as palavras correctas? _____ Tem dificuldades em escrever? _____

Esquece-se das coisas que se propõe fazer? _____

Queixas sobre os sintomas específicos episódicos

Tem tido desmaios? _____ Pode descrever as sensações ou experiências relacionadas com estes acontecimentos? _____

Alguma vez lhe pareceu estar a ver coisas? _____ Pode descreve-las? _____

Por vezes parece-lhe que os objectos para os quais está a olhar estão a mudar de tamanho ou de forma? _____

Alguma vez sentiu estar a ouvir coisas? _____ Pode descrevê-las? _____

Por vezes as músicas que está a ouvir transformam-se em ruídos? _____

Tem sentido ou percepcionado sabores ou odores especiais? _____

Tem sentido ou percepcionado sensações no corpo? _____ Alterações do tamanho das mãos e dos braços ou de outras partes do corpo? _____

Queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva

Sente que os sintomas (visuais, auditivos, motores) pioraram _____

Observações _____

Queixas sobre transtornos nas funções complexas

Tem dificuldades em orientar-se? _____

Tem problemas para vestir-se ou despir-se? _____

Tem problemas para ler ou escrever? _____ E com a notação musical? _____

Descreva com mais detalhe _____

Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhe dizem? _____

É com esforço que segue o que é dito nas conversações? _____

É-lhe difícil falar espontaneamente? _____ Gagueja para articular as palavras? _____

Tem problemas de pronúncia? _____

Tem problemas de cálculo? _____ De que tipo? _____

Observações iniciais: _____

Anexo 9: ‘Plano de Estágio’

Plano de Estágio

Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Intervenção Neuropsicologias

Instituição

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG)

Orientadora no local de Estágio/ Estagiária

D^a Sandra Guerreiro / Juliana Fernandes

Anexo 10: Exemplo das Atividades realizadas nas sessões de Orientação e Relações Interpessoais

Poster realizado na sessão de Orientação

NC

PROBLEMA:

DIFICULDADE EM GERIR AS EMOÇÕES / IMPULSIVIDADE

SOLUÇÃO:

PENSAR ANTES DE FALAR

ESTRATÉGIAS:

- PENSAR SOBRE O QUE QUER DIZER / FAZER
- AGIR COMO PENSADO

Exemplo do exercício realizado na sessão de Relações Interpessoais – “Cadeira Quente”

Feedback – Relações interpessoais

Exercício “Sucesso Pessoal”

Data: _____ Cliente na Cadeira Quente: _____

Orientador: _____ Diretor: _____

CONTEÚDO

O colega conseguiu apresentar o seu sucesso pessoal de uma forma clara, organizada e compreensível?

INTERPESSOAL

Demonstrou, de forma clara, a sua satisfação com este seu sucesso? De que forma?

ORIENTAÇÃO

Utilizou e procurou a ajuda do orientador, de forma eficaz?

“SUCESSO PESSOAL”

- 1) TÍTULO**
- 2) DESCRIÇÃO DO SUCESSO**
 - a. O QUE FOI
 - b. QUAIS AS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS QUE PERMITIRAM ESSE SUCESSO
- 3) MOSTRAR COMO ESTÁ SATISFEITO E ORGULHOSO COM ESSA “CONQUISTA”**