

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Sónia Alexandra Silva Machado

2016-2017



Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Sónia Alexandra Silva Machado

Supervisão: Prof.^a Doutora Maria Emília Areias

2016-2017

Agradecimentos

O meu sincero agradecimento:

À Doutora SS pela sua boa disposição, paciência e exemplo profissional.

À Doutora ARP pela sua retidão e ética de trabalho.

À Professora Doutora Maria Emília Areias pela generosidade na partilha da sua experiência e sabedoria.

À minha filha, minha força e amor maior.

Ao meu marido e à minha mãe por me substituírem muitas vezes nas tarefas parentais, para que eu pudesse concluir esta importante etapa da minha vida.

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

Um agradecimento especial à Verónica, que com a sua infindável energia, nunca me deixou desistir deste sonho.

Índice de Abreviaturas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

B

BADS – *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*

C

CRN- Centro de Reabilitação do Norte

CRPG- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

D

D2 – Teste de atenção

E

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

F

FCR – Figura complexa de Andres Rey

FST – Fim de Semana Terapêutico

G

GAI – Inventário de Ansiedade Geriátrica

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

H

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

I

IFS- INECO Frontal Screening

IP- Intervenção Psicoemocional

L

LC- Lesão Cerebral

LM- Lesão Medular

LOE – Lesão Ocupante Espaço

M

MOCA- *Montreal Cognitive Assessment*

N

NRNP- Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica

P

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

Pc – Percentil

PSI – Índice de Stress Parental

PTA Protocol – Protocolo de Amnésia Pós-Traumática

Q

QIEC – Quociente de Inteligência de Escala Completa

R

RG-ODN – Reabilitação Geral e

Outros Distúrbios Neurológicos

RNCCI – Rede Nacional de

Cuidados Continuados Integrados

S

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SP- Serviço de Psicologia

STROOP – Teste de cores e palavras

TMT – Trail Making Test

T

TCE- Traumatismo Crânio

Encefálico

TeLpi- *Teste de Leitura de Palavras Irregulares*

TDR – Teste do Relógio

TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton

U

UC – Unidade de Convalescença

UF – Unidade Funcional

UMDM- Unidade de Média Duração e Manutenção

V

VE – Visuoespacial

W

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

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

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

Índice

Introdução	8
CAPÍTULO II – Caracterização da Instituição	9
1. A INSTITUIÇÃO	9
2. ÁREA CLÍNICA / UNIDADES FUNCIONAIS	9 E 10
CAPÍTULO II – Caracterização do Serviço de Psicologia	11
1. O SERVIÇO DE PSICOLOGIA	11
2. O PAPEL DA PSICOLOGIA NA INSTITUIÇÃO	11
2.1 O PSICÓLOGO CLÍNICO NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA	11 E 12
2.2 O PSICÓLOGO NO NÚCLEO DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	12 E 13
CAPÍTULO III – O Estágio	14
1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	14
1.1 SUPERVISÃO	14
1.2 ORIENTAÇÃO	14
1.3 AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA COM OS DOENTES NO INTERNAMENTO	14
1.3.1 RASTREIO PSICOLÓGICO E NEUROPSICOLÓGICO	14 E 15
1.3.2 APROFUNDAMENTO DA AVALIAÇÃO	15 E 16
1.3.3 INTERVENÇÃO / ACOMPANHAMENTO	16 A 18
1.3.4 REAVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	18
1.4 REUNIÕES COM AS FAMÍLIAS / CUIDADORES	18 E 19
1.5 GESTÃO DE CONFLITOS E INTERVENÇÃO EM CRISE	19
1.6 A INTERVENÇÃO COM OS DOENTES NA CONSULTA EXTERNA	19
1.6.1 CONSULTA COM DOENTES EXTERNOS, SEM CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO	19
1.6.2 CONSULTA DE SEGUIMENTO DE DOENTES APÓS ALTA DO INTERNAMENTO	20
1.7 OUTRAS TAREFAS	20
1.7.1 PLANEAMENTO DA ALTA	20
1.7.2 RELATÓRIOS DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	21
1.7.3 REGISTO DE CONSULTAS	21
1.7.4 ATUALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA BASE DE DADOS	21 E 22
CAPÍTULO IV – Casos clínicos	23
1. CASO CLÍNICO DO M	23
1.1 IDENTIFICAÇÃO	23
1.2 MOTIVO DE INTERNAMENTO	23 E 24

1.3 GENOGRAMA	24
1.4 HISTÓRIA DE VIDA	25 E 26
1.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLÓGICA	26 A 28
1.6 PROCESSO DE INTERVENÇÃO	28 A 29
1.7 PROCESSO DE REAVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA.....	29
1.8 ANÁLISE REFLEXIVA DO CASO DE M.....	29 E 30
2. CASO CLÍNICO DE C.....	31
2.1 IDENTIFICAÇÃO	31
2.2 MOTIVO DE INTERNAMENTO	31
2.3 GENOGRAMA	32
2.4 HISTÓRIA DE VIDA	32 A 34
2.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE C.....	34 E 35
2.6 ANÁLISE REFLEXIVA DO CASO DE C.....	35
CAPITULO V – Reflexão pessoal do estágio	36 a 38
Referências Bibliográficas	39 a 40
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O estágio clínico a que este relatório se reporta, insere-se no plano curricular do 2.º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, promovido pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde e decorreu no Serviço de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica de uma Instituição de Saúde. O tempo total deste estágio curricular foi de 420h, divididas por duas manhãs por semana, ao longo de 8 meses.

O documento que aqui se apresenta pretende ilustrar o modo como decorreu o estágio, na ótica do estagiário, bem como dar a conhecer o funcionamento da instituição e a área profissional onde foi desenvolvida a atividade.

Será, portanto, um suporte teórico à prática, sendo expectável, que os leitores possam compreender o “modus operandi” de um psicólogo numa instituição dedicada à reabilitação.

Assim, no capítulo I apresenta-se a instituição, o seu funcionamento e a forma como desenvolve a sua atividade assistencial; o capítulo II dedica-se ao Serviço de Psicologia e ao seu papel nesta unidade de saúde; o capítulo III descreve todas as atividades desenvolvidas no decurso do estágio clínico; no capítulo IV apresentam-se os dois casos clínicos seleccionados para integrar este relatório e explanam-se as intervenções realizadas, demonstrando as competências adquiridas na prática clínica; por fim, o capítulo V centra-se sobre uma reflexão global de toda a experiência do estagiário, sendo este o espaço em que realiza uma auto e heteroavaliação do seu percurso na instituição, salientando os pontos fortes e fracos de todo este processo.

CAPITULO I - Caraterização da instituição

1. A Instituição

A Instituição a que este relatório respeita é uma Unidade Hospitalar criada em 2014 e, desde então, permanece sob a gestão de uma Instituição de caridade e assistência social, de fins filantrópicos e de utilidade pública. Esta Unidade de Saúde encontra-se integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), criada para responder às necessidades da população da região norte do país, no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação. Promove a prestação de cuidados diferenciados a pessoas portadoras de incapacidade física e/ou cognitiva e suas famílias, com recurso a programas de reabilitação intensiva, implementados por uma equipa multidisciplinar.

2. Área clínica/ Unidades funcionais

A Instituição dispõe de três áreas clínicas, denominadas de unidades funcionais. São elas: Reabilitação Neurológica; Reabilitação Pediátrica; e Outras Patologias, sendo a lotação destas unidades de 100 camas, distribuídas da seguinte forma:

- Lesão Medular (LM) – 28 camas;
- Acidente Vascular Cerebral (AVC) – 28 camas;
- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) – 16 camas;
- Reabilitação Geral e Outros Distúrbios Neurológicos (RG-ODN) – 20 camas;
- Reabilitação Pediátrica – 10 camas;

Os doentes que necessitam de cuidados nesta unidade de saúde são habitualmente referenciados pelos Hospitais de Agudos, Centros de Saúde, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Médicos Fisiatras e, em face da patologia de base, são internados nas unidades funcionais acima descritas, com um tempo médio de internamento de 54 dias (variável em função do contexto clínico de cada doente). No decurso do internamento, os doentes podem carecer da avaliação e cuidados de uma equipa multidisciplinar, composta por diferentes especialidades. São elas:

medicina interna, medicina física e de reabilitação, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, terapia da fala, enfermagem clínica e de reabilitação, pediatria, fisioterapia, serviço social, animação sociocultural, entre outras especialidades, como psiquiatria, que estão disponíveis à chamada. A equipa que acompanha os doentes durante o seu internamento propõe um programa específico de reabilitação abrangente e integral, adaptado ao indivíduo, visando a maximização da sua reabilitação.

A equipa multidisciplinar realiza reuniões semanais apelidadas de “*briefings* matinais”, onde são discutidos os planos individuais dos doentes, definidas estratégias de intervenção e monitorização do processo de reabilitação de cada doente.

Estas reuniões organizam-se da seguinte forma:

- Segunda-feira: RG-ODN
- Terça-feira: TCE e Pediatria
- Quarta-feira: AVC
- Quinta-feira: LM

Após alta, os doentes podem ter os seguintes destinos:

- Domicílio, sem necessidade de mais acompanhamento;
- Domicilio, com referenciação para as equipas de saúde da área de residência (e.g. Centro de Saúde);
- Consulta Externa da instituição, com possibilidade de manter o acompanhamento pelas diferentes especialidades (e.g. Medicina física e de Reabilitação, Psicologia);
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), caso necessite de reabilitação profissional, visando a inserção/reintegração no mercado de trabalho;
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para que o doente possa dar continuidade ao tratamento de reabilitação funcional.

CAPITULO II - Caraterização do Serviço de Psicologia

1. O Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia é composto por duas psicólogas clínicas, assumindo uma delas, a função de supervisora do Serviço. Funciona de 2.^a a 6.^a feira, das 8h30 às 16h30 e situa-se fisicamente no piso 0, sendo constituído por três gabinetes de consulta individual; um gabinete de consulta individual ou grupal a crianças; duas salas de espera contíguas aos gabinetes de consulta; um polivalente, que é usado para intervenção com grupos; uma sala de estimulação cognitiva para crianças, uma sala de treino cognitivo com recurso a instrumentos computadorizados e/ou manuais.

2. O Papel da Psicologia na Instituição

De acordo com o Regulamento do Serviço de Psicologia da Instituição, aprovado em 2015, o serviço desenvolve a sua atividade profissional em três áreas:

- 1) Intervenção com o doente;
- 2) Intervenção com a família;
- 3) Investigação e Formação;

Esta atividade subdivide-se ainda em duas áreas de atuação, que apesar de interligadas desenvolvem-se separadamente. São elas: 1) Serviço de Psicologia e 2) Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica.

2.1. O Psicólogo Clínico no Serviço de Psicologia

O psicólogo clínico é, por formação, o profissional capacitado para prestar apoio psicológico. Na sua ação intenta promover o ajustamento do doente/familiares/cuidadores/conviventes à condição de doença, visando na sua prática, apoiar o seu processo de integração psicoemocional. Para além desta importante função, o psicólogo preocupa-se ainda em transmitir às pessoas de referência do doente e à equipa de saúde que lhe presta cuidados, o impacto e implicações psicológicas inerentes ao processo de reabilitação do mesmo, bem como pretende formar os familiares/cuidadores para muni-los de

instrumentos e estratégias para lidar com a condição clínica do doente, promovendo, assim, a sua saúde mental.

2.2. O Psicólogo no Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica

A ação do psicólogo no NRNP tem como principal função a realização de todo o processo de avaliação formal dos doentes internados ou em ambulatório, portadores de alterações neuropsicológicas resultantes de Lesão Cerebral, bem como a definição e implementação de programas de reabilitação neuropsicológica e estimulação sensorial.

O objetivo da intervenção do Psicólogo no NRNP é a capacitação dos doentes com lesão cerebral ou doença neurológica para que possam adquirir um nível satisfatório de funcionamento físico, psíquico e social, intentando minimizar o impacto da doença no seu dia-a-dia e assim aumentar a sua autonomia funcional.

Para o efeito é necessária a realização da avaliação neuropsicológica, com recurso a instrumentos psicométricos, de forma a identificar os domínios cognitivos, que necessitam de intervenção e, assim, aplicar um programa de reabilitação cognitiva, direcionado aos défices identificados na avaliação inicial (e.g. atenção, memória, funções executivas).

A reabilitação neuropsicológica objetiva a melhoria na qualidade de vida dos doentes e conviventes, recorrendo a estratégias compensatórias e adaptativas às perdas irreversíveis, otimizando as funções ainda preservadas e promovendo a aquisição de novas habilidades. Vários autores afirmam que “o processo de reabilitação neuropsicológica proporciona uma consciencialização do doente a respeito das suas capacidades remanescentes, gerando uma mudança no seu auto-conceito e, potencialmente, uma aceitação da sua nova realidade” (D’Almeida, Pinna, Martins, Siebra e Moura, 2004).

Estudos indicam os benefícios da reabilitação neuropsicológica e aludem para a necessidade de se distinguir reabilitação cognitiva de reabilitação neuropsicológica. Assim, a reabilitação cognitiva pretende “capacitar pacientes e familiares conviventes a lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica, mas centra-se na melhoria das funções cognitivas, através de sessões de treino de

estimulação cognitiva” (Wilson, 1999). No que respeita à reabilitação neuropsicológica, o mesmo autor salienta “o seu cariz mais amplo, pois para além de pretender tratar os défices cognitivos, decorrentes da lesão encefálica adquirida, preocupa-se também em tratar as alterações do comportamento e emocionais, visando alcançar maior independência e melhorar a qualidade de vida do doente” (Wilson, Herbert e Shiel, 2003).

Prigatano refere que “a reabilitação cognitiva é uma componente da reabilitação neuropsicológica e que esta compõe ainda a psicoterapia, o estabelecimento de um ambiente terapêutico, o trabalho com a família e o de treino protegido com os doentes” (Prigatano, 1999).

Assim, o NRNP desenvolve um trabalho de reabilitação neuropsicológica do doente, que contempla não só o treino de estimulação cognitiva, para tratar défices cognitivos, mas também faz o acompanhamento psicoemocional do doente e sempre que necessário da família, visando o bem-estar psicológico e fornecendo ferramentas e estratégias adaptativas para utilização nas atividades de vida diária.

CAPITULO III – O Estágio

1. Atividades desenvolvidas

1.1. Supervisão

No decorrer do estágio clínico foram realizadas reuniões semanais de supervisão com a Professora Doutora Maria Emília Areias. Neste espaço foram discutidos e debatidos os casos clínicos em acompanhamento pelas estagiárias, sendo um momento privilegiado de partilha de experiências e dúvidas geradas pelos diferentes casos em estudo.

Após término do estágio, as sessões de acompanhamento passaram a ser individualizadas e agendadas, em função das necessidades de orientação de cada estagiária.

1.2. Orientação

A orientação das atividades realizadas no local de estágio foi assegurada, de forma partilhada, pelas duas psicólogas da instituição. Foi realizada uma reunião inicial onde foram transmitidas informações sobre o funcionamento do Serviço, bem como os aspetos basilares do Regulamento da Instituição. Nessa mesma altura foram ainda definidos os objetivos do estágio e após um período de integração que durou sensivelmente três semanas, todas as dúvidas e orientações necessárias à prática eram colocadas diariamente junto das duas profissionais.

1.3. Avaliação e intervenção psicológica e neuropsicológica com os doentes no internamento

1.3.1. Rastreio psicológico e neuropsicológico

O rastreio psicológico e neuropsicológico é o método utilizado na instituição para a integração dos doentes no Serviço. O doente só manterá acompanhamento no Serviço de Psicologia, se neste momento avaliativo, lhe forem identificados défices cognitivos e alterações psicoemocionais.

Assim, o protocolo de rastreio e avaliação para adultos (Anexo 5) divide-se em duas condições: 1) Doente com Lesão Encefálica Adquirida; e 2) Doente sem Lesão Encefálica Adquirida.

Os instrumentos utilizados no rastreio dependem da condição em que o doente se encontra, sendo que, em doentes com Lesão Encefálica Adquirida, administram-se os seguintes instrumentos:

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

Em doentes sem Lesão Encefálica adquirida administram-se apenas instrumentos para rastreio emocional (ansiosa e depressiva) do doente, neste caso:

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

1.3.2 Aprofundamento da avaliação

O aprofundamento da avaliação ocorre sempre que os resultados no rastreio inicial evidenciam alterações nas funções cognitivas avaliadas. Desta forma, e consoante os défices identificados na fase anterior, aprofunda-se a avaliação, com recurso aos instrumentos protocolados (Anexo 4).

Para melhor explicitar esta etapa no processo avaliativo do doente, atentemos para o seguinte exemplo: um doente que, no rastreio inicial, apresenta valores abaixo do esperado nos domínios da atenção, memória e funções executivas, podem utilizar-se os seguintes instrumentos: Teste de

Atenção (D2), Wescheler Memory Scale (WMS-III) e Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS), de forma a perceber a dimensão dos défices e se estes são significativos e passíveis de intervenção/acompanhamento.

1.3.3. Intervenção/ Acompanhamento

A intervenção e plano de acompanhamento do doente dependem, como acima descrito, dos resultados obtidos no aprofundamento da avaliação. No entanto e apesar desta dependência inicial de resultados psicométricos, o doente como elemento crucial no processo terapêutico apresenta uma componente psicoemocional importante, em que emoções e sentimentos influenciam significativamente o seu desempenho e participação no plano terapêutico individual. Assim, mesmo quando os momentos avaliativos anteriores não identificam défices ou alterações psicoemocionais, passíveis de intervenção/ acompanhamento torna-se necessário estar atento ao comportamento do doente, monitorizando e intervindo, sempre que necessário (e.g. trabalho de gestão emocional e motivação para adesão ao tratamento), de forma a garantir o seu bem-estar físico e emocional, durante o internamento.

Desta forma, a intervenção/ acompanhamento pode contemplar três vertentes:

- a) Intervenção/ acompanhamento psicoemocional, sempre que o rastreio evidencia alterações emocionais significativas;
- b) Intervenção/ acompanhamento, com recurso a um programa de estimulação cognitiva, quando há evidência de alterações nas funções cognitivas;
- c) Intervenção/ acompanhamento psicoemocional e estimulação cognitiva, quando se verificam défices em ambos os domínios.

Assim:

1) Consulta psicológica/ Intervenção psicoemocional

A intervenção/ acompanhamento psicológico dos doentes tem como finalidade promover o ajustamento possível à condição de doença. Todas as intervenções são adaptadas e adequadas às problemáticas identificadas na avaliação inicial, recorrendo a diferentes técnicas como por exemplo, no caso das patologias ansiosa e/ou depressivas, a aplicação de técnicas cognitivo-

comportamentais, como a reestruturação/ reorganização cognitiva, relaxamento, entre outras.

Nesta consulta também se trabalham outros domínios como a adesão ao tratamento e terapêutica no internamento, criação de estratégias de coping, gestão emocional e ajustamento de expectativas. Este é ainda um espaço privilegiado para a preparação da alta do doente trabalhando com este e com os cuidadores a sua reintegração em meio natural de vida.

2) **Reabilitação neuropsicológica / cognitiva:**

No âmbito da reabilitação neuropsicológica o NRNP dispõe de dois programas de estimulação cognitiva computadorizados, são eles o CogniPlus e o Rehacom.

As sessões de estimulação têm uma duração média de 40 minutos e a dificuldade do treino é ajustada à evolução do doente, progredindo consoante o seu desempenho.

Assim:

O **CogniPlus** é um sistema criado com base em evidências empíricas, para treino das funções cognitivas. Este eficiente instrumento permite que cada programa de treino selecionado seja adaptado às características do doente, aumentando, desta feita, o seu potencial de reabilitação. Este programa possibilita o treino de défices nas áreas da atenção, funções executivas, memória, capacidades visuo-espaciais, neglet visual e processamento espacial. Todos os exercícios representam, tanto quanto possível, situações da vida real, o que facilita a adesão do doente ao treino e possibilita a melhoria das suas funções. O CogniPlus é ainda um sistema interativo inteligente que identifica, de forma fiável o nível de desempenho do doente, adaptando-se automaticamente ao seu nível funcional, potenciando a sua recuperação.

O **Rehacom** é mais uma ferramenta disponível na instituição e, enquanto programa de estimulação cognitiva oferece aos seus utilizadores planos individuais para o treino das funções cognitivas em diferentes domínios. Este programa está dividido em módulos e permite trabalhar os seguintes domínios: atenção, concentração e vigilância, memória, raciocínio lógico, coordenação visuo-motora, capacidades visuo-construtiva, resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias. Na mesma medida, este

programa permite o ajustamento às necessidades dos doentes de acordo com o seu desempenho, possibilitando a monitorização precisa e eficaz da sua evolução.

Para os doentes que não se adaptam ou não reúnem condições para realizar uma estimulação computadorizada (e.g. limitações na compreensão ou físicas), a intervenção é realizada com recurso a **exercícios de papel e lápis**. (Anexo 6)

1.3.4. Reavaliação neuropsicológica

A reavaliação neuropsicológica só se realiza aos doentes que integraram, no decurso do internamento, um programa de estimulação neurocognitiva.

Próximo do momento da alta, o doente deverá ser reavaliado, com a aplicação dos mesmos instrumentos psicométricos utilizados nas sessões de aprofundamento. Este momento possibilita a avaliação do desempenho do doente e a preparação do plano de reabilitação futura, dando continuidade, se necessário, ao trabalho desenvolvido durante o internamento.

Nas situações em que, no momento da alta, se verifica/ mantém necessidade de ajuda significativa, o doente poderá ser encaminhado para o Serviço de Consulta Externa de Psicologia, de forma a dar continuidade ao treino de estimulação cognitiva, até que atinja o seu potencial máximo de reabilitação.

1.4. Reuniões com as famílias/cuidadores

As reuniões com os familiares ou outros significativos para o doente constituem um momento importante no seu processo terapêutico. A partilha de informação com a família sobre o estado emocional do doente e o suporte na compreensão sobre os comportamentos mais ou menos ajustados constituem momentos psicoeducativos, que fornecerão “ferramentas” necessárias para lidar com o seu familiar, quando este regressar ao seu meio natural de vida. Desta forma, pretende-se munir os cuidadores de conhecimentos, para que compreendam o funcionamento atual do doente e assim melhorar a convivência e prestação dos cuidados que lhe são devidos.

Num primeiro momento estas reuniões decorreram sob orientação e supervisão das orientadoras, passando, posteriormente, a ser realizadas de forma autónoma.

1.5. Gestão de conflitos e intervenção em crise

A gestão de conflitos e intervenção em crise constituem áreas de atuação do Serviço de Psicologia.

Num contexto de internamento é relativamente comum existirem momentos de maior tensão, seja na relação entre doente – equipa de saúde, seja na relação entre doentes internados ou entre doente e familiares.

O facto da maioria dos doentes que são internados nesta unidade de saúde terem um percurso prévio de longos períodos de hospitalizações, quer em hospitais de agudos, quer em unidades de internamento da RNCCI, pode justificar o desgaste que alguns apresentam, tornando-os, por vezes, mais reativos e instáveis do ponto de vista emocional, necessitando da intervenção das psicólogas do serviço, visando a normalização de emoções e ajustamento ao internamento e programa de reabilitação proposto. São exemplos da necessidade de intervenção em crise e gestão de conflitos episódios de choro recorrente e compulsivo, desmotivação na realização das sessões de fisioterapia no ginásio, intervenção no quarto do doente quando este se recusa a aderir ao tratamento, entre outras.

1.6. A intervenção com os doentes na consulta externa

1.6.1. Consulta com doentes externos, sem critérios de internamento

Esta consulta está orientada para tratar doentes que nunca estiveram internados na instituição, mas que necessitam da avaliação do Serviço de Psicologia e/ou Neuropsicologia. Em regra são doentes referenciados pelo hospital da área de residência ou pelo médico de família e o motivo dos pedidos para esta consulta podem ser avaliações escolares; avaliações profissionais; avaliações da capacidade da condução, entre outras.

1.6.2. Consulta de seguimento de doentes após alta do internamento

Findo o período de internamento do doente e ainda que tenha readquirido um nível de autonomia funcional satisfatório, mas ainda não atingiu o seu potencial máximo de recuperação, o doente pode manter acompanhamento na consulta externa de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica. Desta forma pretende-se dar continuidade ao trabalho iniciado em contexto de internamento, para que o doente tenha oportunidade de atingir o melhor nível de funcionamento psicoemocional e cognitivo que lhe for possível. No âmbito desta consulta é ainda possível agendar consultas de seguimento semestrais ou anuais a doentes acompanhados durante o internamento, de forma a verificar a sua adaptação em meio natural de vida e retomar a intervenção/accompanhamento, sempre que necessário.

1.7. Outras tarefas

1.7.1. Planeamento da alta

A preparação da alta é um processo que, nesta unidade de saúde, começa logo no início do internamento e é uma questão trabalhada em todas as consultas de psicologia. O regresso ao meio natural de vida é um passo marcante na vida dos doentes e famílias. Muitas vezes, à data da alta, o doente ainda não atingiu a autonomia e independência ambicionada, o que pode, em alguns casos, causar sofrimento emocional no doente e na família, gerando comportamentos disruptivos e que podem condicionar todo o trabalho de reabilitação realizado durante o internamento. Nesse sentido, é objetivo do Serviço de Psicologia, trabalhar com o doente e com a família/ conviventes/ cuidadores, de forma que, aquando da alta, estes possam utilizar no dia-a-dia todas as estratégias psicoeducativas trabalhadas na consulta. Estas estratégias são adaptadas ao doente, família e ao contexto social, para que possam enquadrar-se mais facilmente na sua nova realidade (e.g. trabalho de redefinição de papéis dos diferentes elementos do agregado familiar).

1.7.2. Relatórios de avaliação neuropsicológica

Os relatórios de avaliação neuropsicológica são elaborados pelo Serviço de Psicologia no seguimento de pedidos de avaliações originários de diferentes contextos como avaliações solicitadas pelas escolas, avaliações da capacidade de condução, entre outras.

Estes instrumentos de trabalhos têm uma estrutura que contempla as seguintes informações: motivo da consulta; descrição do comportamento do doente na(s) consulta(s); descrição da sua narrativa; avaliação neurocognitiva; resultados da avaliação e interpretação dos mesmos.

No decorrer do estágio não tive oportunidade de elaborar qualquer relatório, no entanto, foi possível visualizar vários documentos elaborados pelas profissionais da instituição, que me permitiram a leitura dos mesmos e a possibilidade de aprendizagem teórica desta tarefa.

1.7.3. Registo de consultas

O registo das consultas é uma atividade realizada diariamente e idealmente deve ser efetuada após a realização da mesma. Trata-se de um registo no aplicativo informático da instituição (GlinT), que deve, de forma clara e objetiva, resumir a consulta com o doente, fornecendo apenas as informações necessárias, para que os outros profissionais da instituição que tratam o doente possam conhecer a sua evolução. Estes registos contemplam informações como humor do doente, nível de colaboração, resultados da estimulação neurocognitiva, entre outras. (Anexos 8 e 9)

1.7.4. Atualização e manutenção da base de dados

A atualização da base de dados de doentes internados foi uma das tarefas realizadas diariamente durante o estágio. Como forma de organizar o Serviço e documentar o acompanhamento dos doentes, foi criada uma base de dados em EXCELL, que permite retirar informações como o número de doentes e de consultas efetuadas, o tempo despendido em cada consulta, o tipo de intervenção (psicoemocional, cognitiva,...), os resultados e diagnósticos. Este instrumento de trabalho possibilita a análise estatística e a sistematização da atividade assistencial do Serviço de Psicologia.

CAPITULO IV- Casos clínicos

No âmbito deste estágio clínico foram observados 63 doentes, a saber:

- 31 doentes foram avaliados e seguidos em consulta interna;
- 17 doentes que foram avaliados, mas cujo rastreio inicial indicou não existir necessidade em manter seguimento em consulta interna;
- 10 doentes, cuja intervenção foi pontual e de suporte às psicólogas que seguiam os doentes em consulta interna;
- 4 doentes sem possibilidade de avaliação, por falta de condições clínicas para realizar qualquer tipo de avaliação/ seguimento;
- 1 doente seguido em consulta externa.

Assim, durante o estágio clínico foram acompanhados 31 doentes, com diferentes patologias, desde AVC's, TCE's, LM, EM, Síndrome Guillan – Barré, LOE, Síndrome demencial, Abscessos cerebrais entre outras patologias.

De seguida passo a apresentar os dois casos seleccionados, que pelas patologias tratadas são representativos da intervenção prática realizada durante o estágio clínico.

1. Caso clínico do M

1.1. Identificação

M, é do sexo feminino, tem 46 anos de idade, estudou 6 anos, é doméstica, casada e tem três filhos (M- 28 anos; F – 22 anos; G- 11 anos). Reside em Guimarães com o marido e o filho mais novo. Provém de um meio sociocultural baixo.

1.2. Motivo de internamento

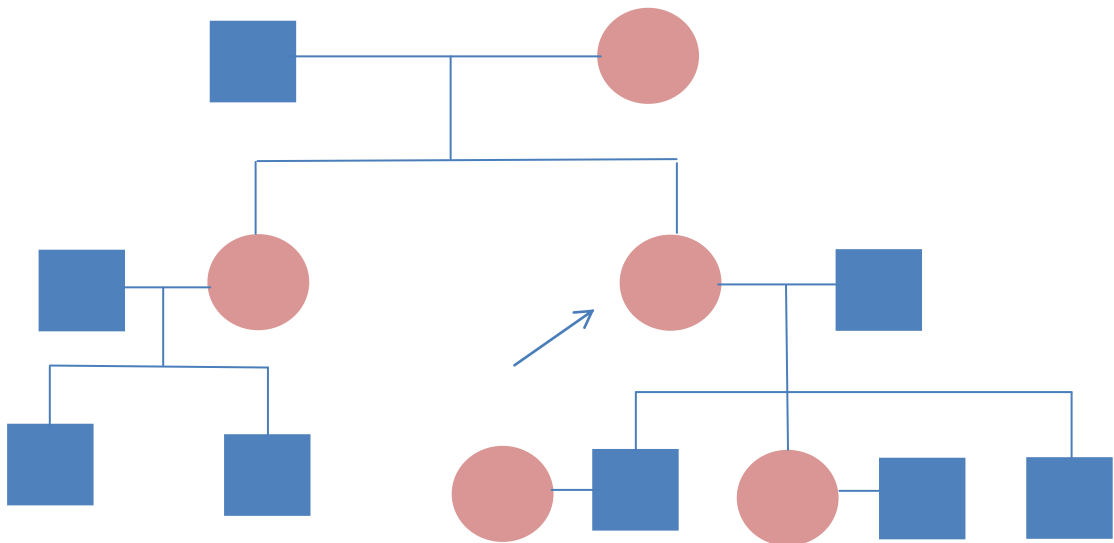
M integrou o Centro encaminhada pelo seu médico de família, por sequelas de AVC sofrido em Maio de 2016. Após alta do hospital de referência, onde esteve internada cerca de um mês e meio, foi transferida para uma UMDM da RNCCI, tendo lá permanecido durante três meses. Nessa altura regressa a casa com apoio de ECCL. Contudo e como ainda apresentava muitos défices, foi internada na instituição para reabilitação neuromotora.

No rastreio cognitivo-emocional realizado no início do internamento identificaram-se alterações neurocognitivas nos seguintes domínios: capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas.

Durante as sessões, a doente apresentou-se consciente, orientada alopsiquicamente e colaborante no contexto da consulta.

Do ponto de vista psicoemocional, os resultados do rastreio emocional sugeriram a presença de perturbação ansiosa moderada, dados congruentes com a informação recolhida durante a entrevista inicial, em que, apesar de se mostrar ajustada às consequências físicas do seu quadro clínico e circunstâncias de vida, evidenciava alguma ansiedade quanto ao processo de reabilitação, considerando o tempo decorrido desde o AVC.

1.3. Genograma



Legenda



Paciente
identificado

1.4. História de vida

M tem uma irmã mais nova, 44 anos e toda a sua infância foi vivida com a sua família nuclear. Os progenitores (pai com 68 anos e mãe com 66 anos) são ambos reformados e trabalharam toda a vida na agricultura, mantendo M uma relação de proximidade com ambos. A irmã é casada e tem dois filhos rapazes e reside há vários anos no estrangeiro e, apesar da distância física, mantém com ela laços de proximidade afetiva.

No que se refere ao seu núcleo familiar restrito, ele é composto neste momento pelo marido de 50 anos, 4.º ano de escolaridade e a exercer atividade profissional como eletricista e filho mais novo, com 11 anos, estudante no 6.º ano do 2.º ciclo. A doente assume boa relação com os filhos e marido, referindo mesmo em várias consultas que os filhos mais velhos, em particular a filha, teria sido um suporte muito importante na prestação de cuidados e auxílio na gestão doméstica ao pai e irmão mais novo, nos sucessivos internamentos que tem tido desde que sofreu o AVC. Este apoio familiar constituía para a doente o equilíbrio e tranquilidade que necessitava no seu processo de reabilitação.

A doente descreveu a sua infância e adolescência como “normal”, ajudava os pais em casa e nas tarefas do campo e assumiu que não gostava de estudar. Casou e engravidou aos 18 anos, tendo-se dedicado desde então à família e a cuidar dos filhos, motivo pelo qual não trabalhou fora de casa, com a exceção de um período de cerca de um ano que trabalhou como empregada doméstica numa casa particular.

Em Maio de 2016, teve um AVC e, a partir desse momento, a sua vida sofreu um revés. Referiu que quando a informaram que tinha tido um AVC ficou em choque, pois assume nunca ter tido problemas de saúde e sempre foi cuidadosa com a sua saúde (e.g. ia regularmente ao médico e fazia exames de rotina, sem que nunca lhe tivessem detetado qualquer problema).

Esteve internada no hospital da sua área de residência de 16 Maio a 29 de Junho de 2016, altura em que foi transferida para uma UMDM da RNCCI, onde permaneceu até 30 Setembro desse ano. Nessa altura regressou a casa e continuou o seu processo de reabilitação física com apoio da ECCI.

De acordo com o transmitido pela doente na anamnese, o regresso a casa foi um momento muito desejado, mas ao mesmo tempo muito difícil, pois foi a primeira vez que se confrontou com as suas limitações físicas, situação que motivou períodos de tristeza e de descrédito no seu potencial de recuperação. Disse que se sentia triste, achava que nunca mais iria recuperar, que se preocupava em não poder ser a mulher que o marido precisava, nem a mãe que os meus filhos mereciam. Salientou ainda problemas de humor, como irritabilidade fácil, medos, problemas de sono e labilidade emocional, que se intensificaram nessa altura e que perduraram até ao seu internamento na Instituição.

Salientou ainda uma forte ligação emocional aos filhos, em particular com o filho mais novo, que, segundo referiu, era o seu “melhor terapeuta”, incentivando-a para a autonomia, sendo o seu maior suporte emocional, não permitindo que desistisse de lutar para ficar o melhor possível.

Na Instituição, M integrou um programa de reabilitação multidisciplinar composto pelas seguintes especialidade clínicas: Psicologia, Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

Completo 54 dias de internamento no período compreendido entre 13/2 a 7/4 de 2017.

Após alta, regressou ao seu domicílio e foi referenciada ao seu médico de família para que fosse dada continuidade ao trabalho de reabilitação funcional em regime ambulatorio.

1.5. Processo de avaliação psicológica e neuropsicológica

M foi chamada a 16/2 ao NRNP para rastreio cognitivo e emocional. A doente apresentou-se orientada, com humor predominantemente eutímico e colaborante no decorrer da consulta. Adotou discurso coerente, contextualizado e perceptível, apesar das limitações evidentes na fala, devido a afasia.

Na consulta mostrou-se satisfeita e motivada com o internamento e assumiu este momento como uma oportunidade para dar continuidade ao seu processo de reabilitação, esperando após alta, recuperar a capacidade da marcha autónoma, mostrando consciência do seu quadro clinico atual e

expectativas ajustadas quanto ao seu processo de reabilitação. Demonstrou consciência de que o tempo decorrido desde o AVC poderia ser um fator inibidor da esperança de total recuperação e mostrou-se receptiva a aceitar os ganhos que conseguir alcançar neste internamento.

Os défices que reconheceu eram apenas físicos, não evidenciando consciência de eventuais alterações ou funcionamento cognitivo deficitário.

Explicou-se à doente a necessidade da realização de uma avaliação neurocognitiva e psicoemocional e, que esta avaliação implicava a aplicação de alguns testes iniciais, que para além de fazerem parte do protocolo de rastreio para doentes com Lesão Encefálica Adquirida, nos dariam algumas informações sobre o seu a existência ou não de alterações cognitivas. Apresentam-se, de seguida, os instrumentos administrados e respetivos resultados:

TeLPI, cujos resultados estimam um QIEC pré mórbido de 73,20, valor abaixo da média para a sua escolaridade;

MoCA, cujos resultados (15/30) sugerem alterações cognitivas, ao nível das capacidades VE, atenção, memória e FE;

IFS, cujos resultados (15/30), apontam para alterações executivas no âmbito da programação da ação, abstração mental e memória de trabalho;

HADS, cujos resultados sugerem presença de patologia psicopatológica ansiosa moderada.

Atendendo aos resultados obtidos e, considerando que, o protocolo de rastreio inicial sugere, somente, as eventuais áreas cognitivas afetadas, pelo que se concluiu ser necessário o aprofundamento da avaliação, nas áreas aparentemente comprometidas. Nesse seguimento, entre 20/2 e 23/2 foram administrados em consulta os seguintes instrumentos:

FCR (avaliação das capacidades VE e memória), cujos resultados apontaram para dificuldades a nível visuoespacial e alterações na memória visual;

TMT (avaliação das capacidades atencionais), apontando os resultados obtidos para a presença de défices ao nível da atenção, velocidade de processamento e coordenação oculomotora;

WMS III (avaliação da memória), sendo que o desempenho de M apontou para um funcionamento inferior na memória imediata (Pc 6) e na

memória geral (Pc 5) e um funcionamento médio na memória de trabalho (Pc 32);

BADS (avaliação das funções executivas), cujos resultados refletiram um funcionamento deficitário neste domínio cognitivo, com alterações ao nível da flexibilidade mental e da capacidade para mudar um padrão de resposta previamente estabelecido, dificuldades na resolução de problemas práticos e de planeamento, mais especificamente na conceção de estratégias de ação e da capacidade de previsão e organização temporal, dificuldades no planeamento e organização intencional do comportamento e na capacidade de planeamento da ação e automonitorização do desempenho.

Em suma, os resultados da avaliação neuropsicológica de M evidenciaram limitações ao nível da atenção, memória e funções executivas.

1.6. Processo de intervenção

Em face dos dados recolhidos na avaliação Psicológica e Neuropsicológica, deu-se início ao processo de planeamento do programa de intervenção, visando melhorar o funcionamento cognitivo e aumentar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Genericamente, o plano de intervenção teve como objetivos principais promover a consciência dos défices neuropsicológicos, aumentar a velocidade de processamento, melhorar a capacidade atencional e memória e debelar os défices executivos, bem como monitorizar o estado psicoemocional durante o internamento.

Assim, M integrou um programa de estimulação neurocognitiva (Anexo 7), com recurso ao sistema computadorizado Cogniplus, durante 5 sessões, com a duração de 40 minutos/cada. Durante as sessões, foram selecionadas um conjunto de tarefas, orientadas para os défices apresentados, a saber: ALERT, DIVID e VIG para estimulação da atenção; VISP e CODING para estimulação da memória e PLAND para trabalho das funções executivas.

Nos primeiros 25 a 30 minutos da sessão, M realizou o programa de treino cognitivo selecionado, sendo os últimos 5 a 10 minutos orientados para a motivação e adesão ao tratamento (e.g. visualização dos gráficos para que a doente percecionasse os resultados obtidos entre sessões), trabalho de gestão

emocional, adaptado às suas necessidades que, no caso em estudo, passou pelo reforço de estratégias para manter o foco no seu objetivo de reabilitação e pelo fornecimento de estratégias de coping facilitadoras da adaptação ao internamento. Para M, as saudades de casa e do filho mais novo foram aspetos inibidores do seu desempenho no início do internamento, no entanto, à medida que o tempo ia passando e as melhorias físicas, cognitivas e emocionais foram sentidas pela doente, esta teve um bom desempenho e excelente adesão aos tratamentos que lhe foram propostos.

1.7. Processo de reavaliação neuropsicológica

No final do programa de reabilitação neuropsicológica foram readministrados os instrumentos usados no aprofundamento da avaliação inicial, de forma a compreender a sua evolução.

A reavaliação cognitiva de M revela, no TMT – Trail Making Test, que a doente mantém défices ao nível da atenção e velocidade de processamento. No domínio das FE, o seu desempenho apontou para um funcionamento médio inferior, sugerindo uma ligeira melhoria neste domínio cognitivo. Os resultados da reavaliação da memória apontaram para uma melhoria ligeira na memória imediata (Pc19), atingindo um funcionamento médio inferior, a manutenção de um funcionamento médio da memória de trabalho (Pc 45), sendo que também na memória geral (Pc21), os resultados traduziram uma ligeira melhoria, apresentando agora um funcionamento médio inferior. No que concerne às capacidades visuoespaciais – Figura Complexa de Rey, o desempenho de M manteve-se no mesmo nível, com evidência da manutenção dos défices neste domínio cognitivo.

1.8. Análise reflexiva do caso de M

No cômputo geral, M apresentou melhorias, ainda que ligeiras, no seu desempenho em quase todos os domínios cognitivos trabalhados. Podem elencar-se diferentes razões para explicar que o progresso da doente em várias áreas não foi muito significativo. Entre elas, a falta de consciência e desvalorização dos défices cognitivos que apresenta, o que em algumas sessões influenciou o seu empenho nas tarefas propostas, o pouco tempo de

internamento e a impossibilidade de realizar mais do que uma sessão por semana, podem justificar que o desempenho não tenha sido tão bom quanto o expectável.

Ainda assim, M teve boa adaptação ao programa de treino proposto, conseguindo cumprir satisfatoriamente os desafios apresentados. O facto de o programa de treino estar orientado para a representação do quotidiano possibilitou a que a doente conseguisse perceber este trabalho como algo de útil para o seu desempenho na vida real (e.g. planeamento e gestão de tarefas no dia a dia, fazer compras), o que facilitou a sua adesão ao programa de treino.

No final do programa e, em face dos resultados obtidos e do seu potencial percebido, entendeu-se que seria benéfico a M que esta mantivesse o programa de estimulação cognitiva por mais tempo e assim pudesse atingir melhores resultados. Contudo, o curto tempo de internamento, a impossibilidade, por razões logísticas e de falta de meios técnicos e humanos para ter mais do que uma consulta por semana e a incapacidade do serviço e da doente para manter o seu seguimento em consulta externa, constituíram-se fatores inibidores e importantes condicionantes ao processo de reabilitação cognitiva de M.

2. Caso clínico de C

2.1. Identificação

C é do sexo masculino, tem 32 anos de idade, é licenciado na área da Higiene e Segurança no Trabalho, trabalha numa empresa multinacional na sua área de formação, é solteiro, tem uma filha de 2 anos e reside em Paredes com os pais. Provém de um meio sociocultural médio-baixo.

2.2. Motivo de internamento

C integrou a Instituição encaminhado pelo Hospital de referência à sua área de residência, por sequelas de lesão medular – paraplegia AIS DNNU T5.

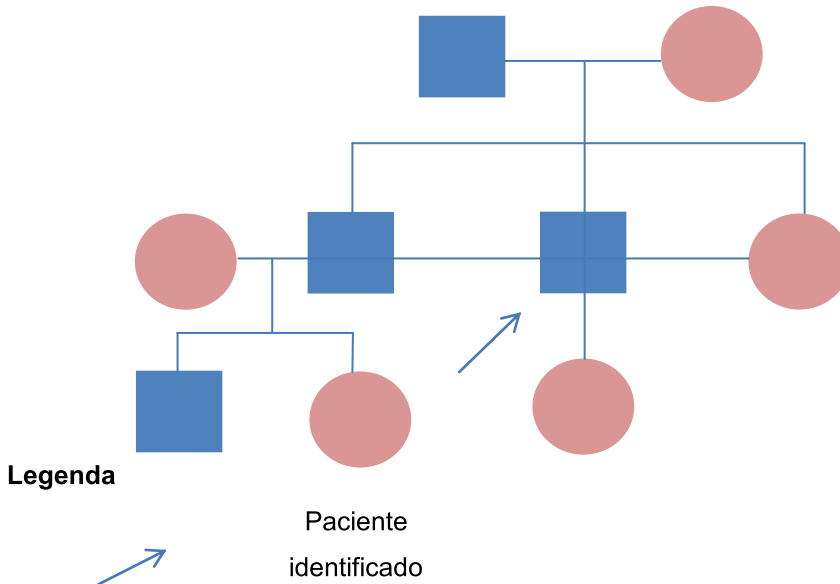
No início de 2015, apresenta agravamento do seu quadro clínico, com a instalação progressiva de défices nos membros inferiores, com impacto funcional na realização das atividades de vida diária e no desempenho das suas tarefas laborais, em contexto de incapacidade gradual de equilíbrio e dificuldades na marcha. Em Agosto de 2015, realiza exames complementares de diagnóstico que apresentam novas lesões medulares a justificar quadro de dependência e perda de autonomia na marcha. Em Setembro de 2015, é internado no hospital de origem para realização de cirurgia, sem evidência de melhorias significativas. Tem alta e mantém fisioterapia em ambulatório.

Em setembro de 2016, é internado por um período de três semanas na UC da RNCCI para intensificação de tratamentos de fisioterapia, com ganhos funcionais efetivos, readquirindo a autonomia na marcha. Após alta da UC e findo o trabalho de fisioterapia, o doente volta a apresentar novo agravamento da função medular e da capacidade funcional.

Em face desse contexto foi internado na Unidade de Lesão Medular da instituição a 20/07/2017, para ser incluído num programa de reabilitação intensivo com o objetivo principal de otimização do equilíbrio e marcha e avaliação do quadro neurológico.

No rastreio psicoemocional realizado no início do internamento, C apresentou-se consciente, orientado alopsiquicamente, mas com labilidade emocional, mantendo discurso coerente e contextualizado. A avaliação psicométrica sugeriu existência de psicopatologia ansiosa e depressiva severa, dados congruentes com a expressão emocional ao longo da consulta.

2.3. Genograma



2.4. História de vida

C viveu a sua infância e adolescência com os pais e dois irmãos (um rapaz mais velho e uma rapariga mais nova).

Os pais estão ambos reformados, sendo que o pai, atualmente com 70 anos e 4 anos de escolaridade, trabalhou toda a sua vida como segurança em várias empresas, a mãe com 62 anos, reformada por invalidez por doença crónica e com 4 anos de escolaridade trabalhou como empregada do comércio e serviços.

Desde a infância que tem mau relacionamento com o pai por história de violência doméstica. Na adolescência, a sua relação com o pai agravou, altura em que C sentiu necessidade de defender a mãe, vítima de violência física e psicológica, envolvendo-se fisicamente nas discussões dos progenitores. Nessa mesma altura e coincidente com a saída de casa do irmão mais velho, verificou-se um afastamento de C do seu irmão, acusando-o de fugir do problema familiar e de os abandonar. Também referiu nunca ter compreendido nem aceitado a passividade do irmão face à violência a que a mãe era sujeita e em consequência toda a família.

Assumi atitude protetora com a mãe e irmã e conseqüente rejeição da figura paterna. Referiu ainda que os episódios de violência física já não aconteciam há vários anos, mas que continuava a não tolerar a atitude do pai para com a mãe.

Em face dos seus problemas de saúde, que tiveram início quando tinha 14 anos e que o incapacitaram fisicamente começou a apresentar um quadro depressivo.

Durante a adolescência, foi submetido a quatro intervenções cirúrgicas à coluna em 2002, 2003, 2004 e 2006, altura em que a sua situação clínica estabiliza e readquiriu total autonomia.

Desde essa altura e até 2015, o doente concluiu a sua licenciatura, inicia a sua carreira profissional na sua área de estudo, evoluindo favoravelmente na empresa, namora, vive em união de facto e tem uma filha. Em 2015, apresenta agravamento da sua condição clínica, conforme o descrito anteriormente, e que implicou mudanças significativas na vida de C, a saber: deixou de poder exercer a sua profissão, ficando longo período com baixa médica, o que implicou a diminuição significativa da sua capacidade financeira e levou à necessidade de iniciar processo de reconversão profissional pelo CRPG. Estes acontecimentos implicaram que tivesse que deixar a sua casa e fosse obrigado a regressar a casa dos pais, separou-se da mãe da filha, mas com quem manteve sempre boa relação e convivência saudável.

É internado nesta unidade de saúde de 20/02 a 24/03 de 2017, num total de 33 dias de internamento, com o seguinte plano de reabilitação:

- Exploração do potencial de reabilitação neuromotora e funcional, nomeadamente autonomia na marcha com auxiliar;
- Revisão neurológica;
- Melhoria do estado psicossocial;
- Integração em programa de desporto adaptado;
- Avaliação da capacidade de condução;
- Melhoria de autonomia nas atividades de vida diária;
- Estudo e prescrição de produtos de apoio.

Para o efeito foi seguido nas seguintes especialidades: Psicologia, Fisioterapia, Hidroterapia e Desporto Adaptado.

Após alta o doente foi referenciado ao hospital de origem para dar continuidade ao trabalho de reabilitação em ambulatório.

2.5. Processo de avaliação e intervenção psicológica de C

O processo de avaliação e intervenção psicológica de C decorreu em cinco consultas, com a duração de cerca de 45 min/cada, no período compreendido entre 20/02 e 22/03 de 2017.

C foi chamado ao Serviço de Psicologia a 20/02 para realização de rastreio psicoemocional. Apresentou-se na consulta colaborante, consciente, orientado, mas com humor lábil. Adotou discurso coerente e adequado ao contexto da consulta.

Na consulta, expressou motivação para o internamento e mostrou-se disponível para experienciar positivamente esta etapa na sua vida. Partilhou expectativas de recuperação da marcha, mostrando ajustamento à sua condição e possibilidades de recuperação. Demonstrou abertura para o trabalho e gestão das suas emoções e entende-o necessário ao seu bem-estar integral.

Assim, no decorrer das consultas, foram trabalhadas, preferencialmente as questões trazidas pelo doente e discutidas em conjunto estratégias adaptativas, visando o seu equilíbrio psíquico e aceitação das suas emoções e sentimentos, essencialmente questões relacionadas com a sua vivência familiar, em particular com o pai e irmão, recorrendo a técnicas cognitivo-comportamentais, como a reestruturação/reorganização cognitiva, ensino de exercícios de relaxamento, como reguladores da ansiedade em momentos de maior tensão (e.g. na altura das festividades do dia do pai, o doente falou largamente sobre a sua vontade de aproximação ao pai, tendo pensado em aproveitar a data para dar esse passo e ficou combinado em consulta que iria aproveitar o fim de semana terapêutico para tentar dirigir-se ao pai. Quando regressou na semana seguinte à consulta assume não ter conseguido dar esse passo, referindo que se sentiu mal por não ter sido capaz de concretizar a sua vontade e desejar um feliz dia ao seu pai). Nessa consulta, foram trabalhadas as emoções do doente, incentivando-o a não desistir do seu propósito e normalizando o seu comportamento.

Na preparação da alta do doente foi equacionada a questão da retoma da sua atividade profissional e o processo de reconversão que estava a decorrer com o suporte do CRPG, fornecidas estratégias adaptativas para gestão das expectativas na sua vida pessoal e familiar e antecipação de possíveis “recaídas”.

2.6. Análise reflexiva do caso de C

Genericamente, considera-se que a intervenção psicoemocional com C foi positiva e promotora de uma melhoria na sua saúde mental e qualidade de vida. No entanto, este trabalho necessitava de ter tido a possibilidade de ser continuado. O contexto em que decorreu o seguimento de C não foi o indicado para as suas necessidades. A limitação do seu tempo de internamento, a impossibilidade de se realizar consultas mais regulares e de se manter o acompanhamento em consulta externa, essencialmente pelas mesmas razões elencadas no caso de M.

Como facilitadores do seu processo terapêutico, temos o facto de C estar consciente do seu problema psicoemocional, o que o poderá levar a pedir ajuda, para que possa ser dada continuidade ao trabalho de recuperação emocional que está disposto a fazer.

Dada a proatividade de C e a sua motivação para a consulta de psicologia, foi sugerido ao doente que solicitasse junto das instituições de saúde da sua área de residência apoio psicológico, que aceitou.

CAPÍTULO V – Reflexão pessoal do estágio

O último capítulo deste relatório incidirá sobre uma reflexão crítica do meu percurso durante o estágio clínico, apontando os pontos fortes e fracos.

Quando me inscrevi no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia estava entusiasmada por estudar uma área que muito me estimula. Contudo nunca pensei que, em contexto de estágio, teria as dificuldades que senti no seu decurso. Desde há 15 anos que trabalho na área da saúde, desempenhando funções noutra ramo profissional e como tal estou habituada a tratar doentes e famílias e a comunicar com os diferentes profissionais de saúde, pelo que foram para mim surpreendentes as dificuldades iniciais sentidas no estágio.

Atentando ao meu contexto pessoal, consigo, hoje, perceber que as minhas limitações/ condicionantes eram muitas, a saber:

- Como trabalhadora estudante não obtive da parte da minha entidade patronal a redução de horário solicitada, para que pudesse realizar o estágio a tempo inteiro e de forma contínua, situação que para além de condicionar a minha adaptação ao local de estágio e ao serviço de Psicologia, que foi mais demorada do que era expectável, implicou que necessitasse de mais tempo para conquistar a minha autonomia profissional.

- O pouco tempo efetivo no local de estágio e o volume de trabalho quer meu, com uma média de dez consultas em duas manhãs, quer das orientadoras, não possibilitou o espaço de partilha e consulta desejável durante a prática, pelo que foi difícil para mim, gerir o tempo despendido em consulta com os doentes e a disponibilidade das orientadoras para esclarecer dúvidas. Muitas vezes senti que não estava a corresponder às expectativas das orientadoras. Talvez por se tratar de um contexto profissional em que é necessário uma disponibilidade de tempo que eu efetivamente não detinha. Pensei em muitos momentos desistir, por sentir que não estava a cumprir com os objetivos do estágio e que estava a gorar expectativas. Essa situação abalou a minha auto-estima, influenciando a dada altura o meu desempenho.

Outro fator inibidor foi o pouco tempo entre consultas. Nos primeiros tempos e em sequência das minhas dificuldades de adaptação tive necessidade de mais tempo com os doentes, para poder cumprir o plano de

consulta no tempo disponível. À medida que fui ganhando mais confiança, os receios da inexperiência e de causar dano nos doentes foi-se dissipando e acredito que, no final do estágio, estava mais adaptada à dinâmica da consulta na instituição e que consegui atingir os objetivos de forma satisfatória.

A experiência de estágio foi no global positiva e sobretudo um momento privilegiado para trabalhar com doentes no âmbito da reabilitação neurocognitiva. Para além disso, possibilitou-me visualizar a mudança no comportamento do doente (pré-mórbido e pós intervenção), o contacto prático com diferentes patologias como são exemplo os acidentes vasculares cerebrais, os traumatismos craneoencefálico, tumores cerebrais, dentro das lesões cerebrais e esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica nas doenças neurodegenerativas. Foi-me ainda permitido perceber que cada doente é único e que, por muito padronizado que seja o plano de reabilitação, a forma como cada doente reage aos mesmos testes e exercícios de estimulação cognitiva é única e irrepetível.

A consulta psicológica foi um grande desafio para mim. Contudo, ao longo das sessões e em face do feedback favorável dos doentes fui percebendo que a formação académica e as sessões de acompanhamento e supervisão ajudaram-me a ganhar mais confiança na intervenção com os doentes – ainda que o contexto de estágio não fosse o mais favorável para esta prática.

Passada a angústia inicial, considero que apesar de todos os incidentes, esta foi a experiência possível e devo aceitá-la tal como aconteceu. Lembro-me que numa das reuniões de supervisão, a minha supervisora disse-me que eu estava tão preocupada em fazer tudo bem e que me estava a esquecer do mais importante que era aproveitar a experiência de aprendizagem. E estas palavras mudaram tudo, a partir de então, passei a vivenciar o estágio da melhor forma que me era possível, ainda que não conseguisse atingir os padrões de exigência que, em regra, assumo em tudo o que faço. Decidi que ia aproveitar o momento e retirar o máximo de aprendizagem possível desta experiência e assim fiz.

Sei que não fui a melhor estagiária no Serviço de Psicologia da instituição e nem poderia ser, porque nunca me poderia dedicar a 100% a esta

tarefa, tinha que partilhá-la com outras tão ou mais importantes como a de ser mãe de uma bebé de um ano, ser mulher, ser esposa, ser filha e profissional.

Hoje, quando olho para trás, sinto orgulho no meu percurso. Poderá não ter sido brilhante, mas fui o mais brilhante que consegui ser.

Termino com um sincero agradecimento a todos os que me acompanharam neste percurso e um agradecimento especial aos doentes com quem tive o privilégio de privar e colaborar no seu processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardilla, A., & Ostrosky, F. (Eds) (2012). Guia para el diagnóstico neuropsicológico. Universidad Autónoma de México
- Clare, L. e Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1–39.
- D`Almeida, A., Pinna, D., Martins, F., Siebra, G., Moura, I. (2004). Reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral adquirida. *CienteFico*; IV(I).
- Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind. New York: W W Norton & Company; 1998.
- Harding, L., & Beech, J.R. (Eds) (2002). *Assessment in Neuropsychology*. Routledge
- Lezack, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment (5th Ed.)* New York: Oxford Press
- Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. (Eds) (2011). *Casebook of clinical neuropsychology*. Oxford University Press
- OMS (2009). Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. WHO STEPS STROKE MANUAL.
- Prigatano, G. P. (1997). Learning from our successes and failures: Reflections and comments on “cognitive rehabilitation: how it is and how it might be.” *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 497–499.
- Prigatano, G.P.(1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press

Sohlberg, M. M. e Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.

Stauss, E., Sherman, E.M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary*. Third ed. Oxford University Press

Wilson, B. A. (1999). *Case Studies in neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press

Wilson, B.A., Herbert, C.M. & Shiel, A. (2003). *Behavioral approaches in neuropsychological rehabilitation: optimizing rehabilitation procedures*. Psychological Press

Wilson, B.A. (2008). *Neuropsychological Rehabilitation*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141 – 162.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

ANEXO 6

ANEXO 7

ANEXO 8

ANEXO 9

ANEXO 10

Objetivos*	Atividades
1. Conhecer a instituição e o seu funcionamento;	Orientação
2. Identificar as patologias enquadradas em cada uma das áreas clínicas/ unidades funcionais em regime de internamento na instituição	Orientação
3. Obter conhecimentos teóricos sobre as unidades funcionais e as diferentes patologias que tratam.	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Observação dos materiais existentes no Serviço (panfletos informativos sobre as patologias, observação de atividades psicoeducativas realizadas com as famílias, orientadas para a patologia dos doentes)</p>
4. Compreender as especificidades da avaliação psicológica e neuropsicológica em cada uma das patologias	<p>Observação de consultas,</p> <p>Realização de avaliações de forma supervisionada;</p> <p>Realização de avaliações de forma autónoma;</p>
5. Conhecer as diferentes formas de intervenção neuropsicológica	<p>Realização de sessões de estimulação com recurso aos materiais existentes no Serviço (Programas computadorizados e cadernos de estimulação cognitiva)</p>
6. Elaborar registos dos processos no Serviço de Psicologia/ Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica da instituição	<p>Atualização e manutenção da base de dados de doentes e consultas.</p>

***Objetivos a cumprir e atividades a desenvolver no estágio clínico**

Crêterios de Prioridade

Crêterios De Prioridade Para o Serviço de Reabilita o Neuropsicológica

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

Crêterios De Prioridade Para o Serviço de Psicologia

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

Crêterios De Prioridade Para o Serviço de Reabilita o Neuropsicológica

1- Pacientes com reduzida/ou nenhuma adesão terapêutica.

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

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

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

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

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

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

4- Período pós-lesão;

Nos casos menos graves de LCA, a curva de recupera o   mais acentuada nos primeiros três a seis meses, com melhorias mais t nuas e inconstantes após esse período (Ponsford, 2004).

5- Altera es de consciências de si e quadros graves de anosognosia;

O défice de consciência de si (awareness) está associado com fraca adesão ao tratamento, baixo envolvimento no processo de reabilita o, processos de recupera o mais longos, maior stress familiar e estado funcional diminuido na alta médica (Sherer, 2005).

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

Crítérios De Prioridade Para o Serviço de Psicologia

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

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

2- Pacientes que realizaram tentativa de suicídio;

Documento da Organização Mundial da Saúde sobre o suicídio

- A assistência de conselheiros profissionais na prevenção do suicídio, a uma escala mundial, é importantíssima e claramente necessária.

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

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

- Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio.

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

3- Relações familiares complicadas;

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

Bibliografia

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

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

- Wilson, J.T., Pettigrew, L.E., & Teasdale, G.M. (2000). Emotional and cognitive consequences of head injury in relation to the Glasgow Outcome Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 6(2), 204-209.
- Yeates, K.O., Swift, E., Taylor, H.G., Wade, S.L., Drotar, D., Stancin, T., & Nori, M. (2004). Short- and long-term social outcomes following pediatric traumatic brain injury. *Journal of International Neuropsychology Society*, 10, 412-426.
- Yeates, G. (2009). Working with families in neuropsychological rehabilitation. In B. Wilson, F. Gracey, J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes* (pp. 138-156). Cambridge: Cambridge University Press.

Protocolo de Rastreio e Avaliação para Adultos

RASTREIO

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

Protocolo para Aprofundamento da Avaliação para Adultos

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

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

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

EXERCÍCIOS
DE ESTIMULAÇÃO
COGNITIVA

ATENÇÃO

Exercício 1

Instruções: Assinalar o número 2.

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

Exercício 2

Instruções: Assinalar os números 3 e 5.

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

Exercício 3

Instruções: Assinalar o número 6.

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

Exercício 4

Instruções: Assinalar os números 1 e 8.

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

Exercício 5

Instruções: Assinalar o número 2.

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

Exercício 6

Instruções: Assinalar os números 7 e 9.

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

Exercício 7

Instruções: Assinalar a letra M

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

Exercício 8

Instruções: Assinalar as letras A e C.

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

Exercício 9

Instruções: Assinalar a letra D.

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

Exercício 10

Instruções: Assinalar as letras P e L.

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

Exercício 11

Instruções: Assinalar a letra R.

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

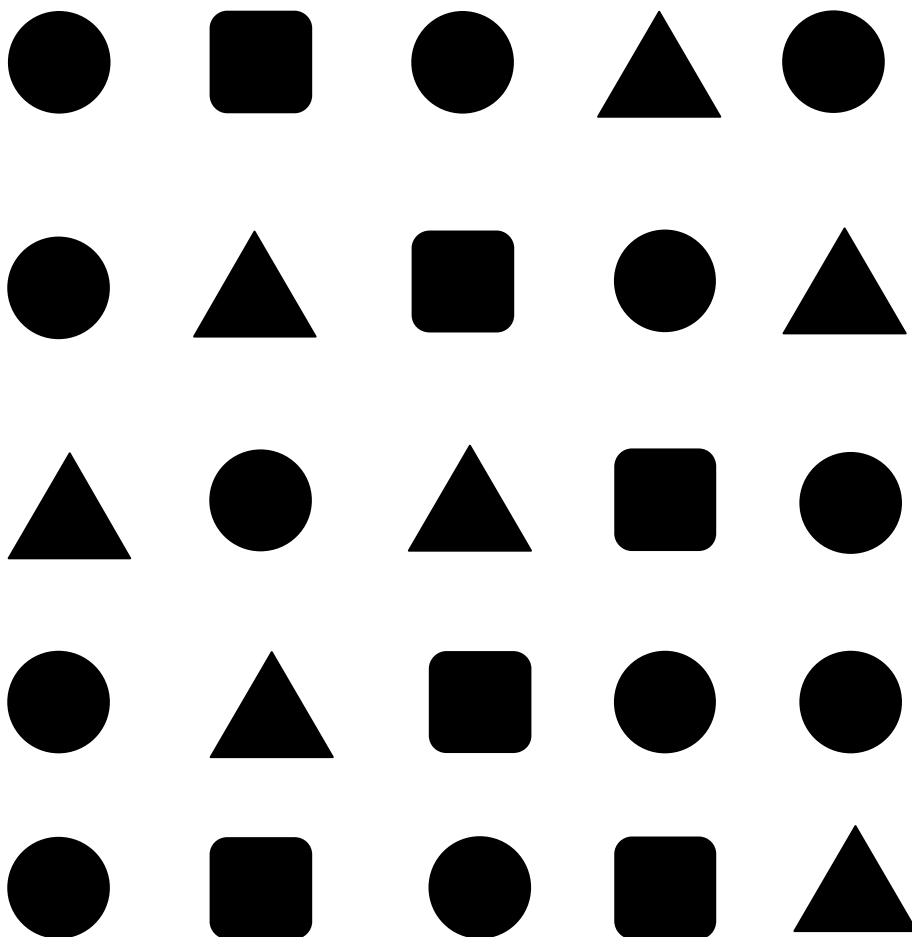
Exercício 12

Instruções: Assinalar as letras D e N.

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

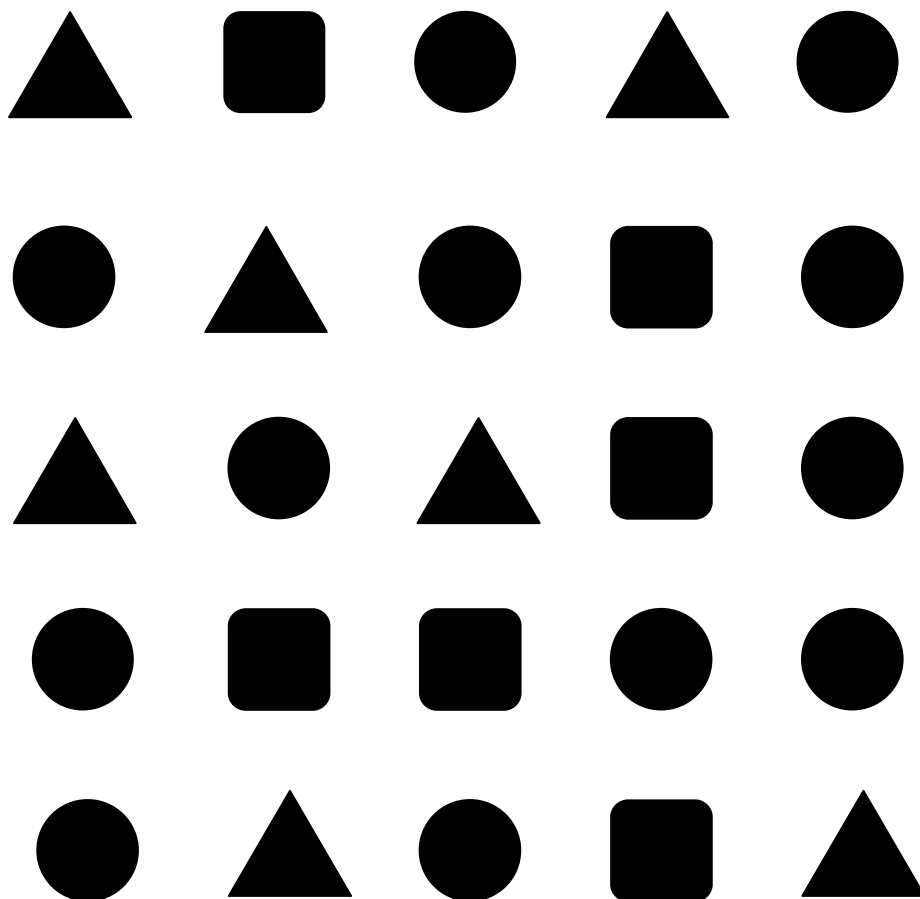
Exercício 13

Instruções: Assinalar os círculos.



Exercício 14

Instruções: Assinalar os quadrados.



Exercício 15

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

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

6	7	8	9	10

Exercício 16

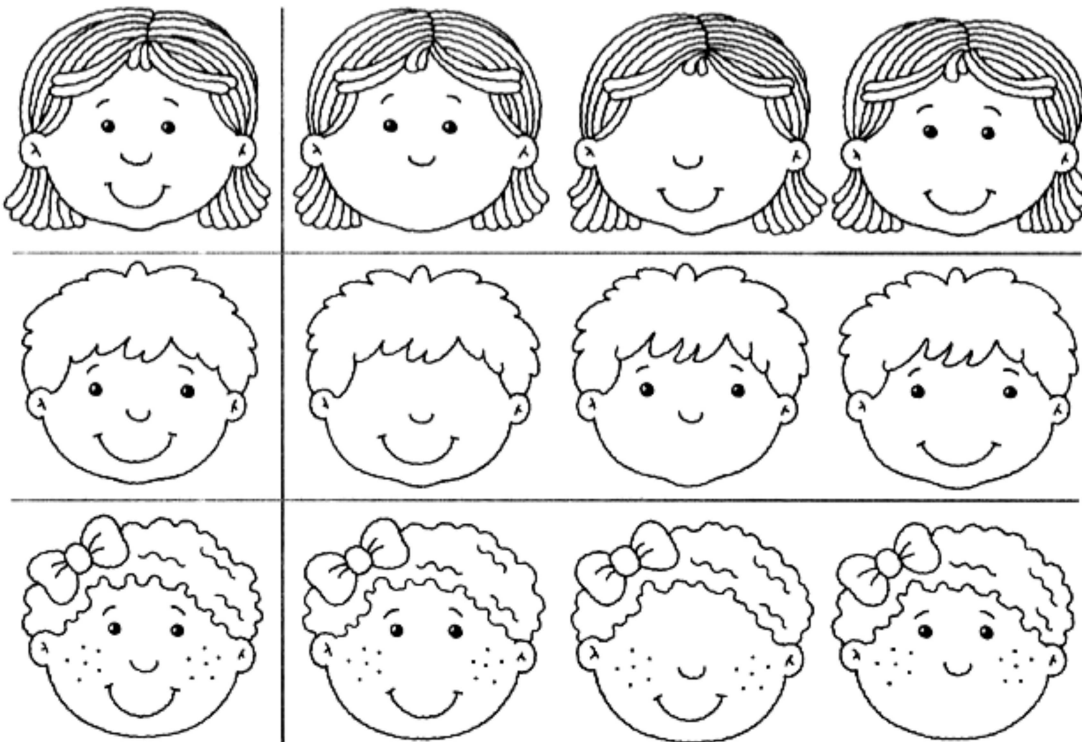
Instruções: "O que acha que a criança quer pedir no natal?" Ligue a criança ao objeto ideal.



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

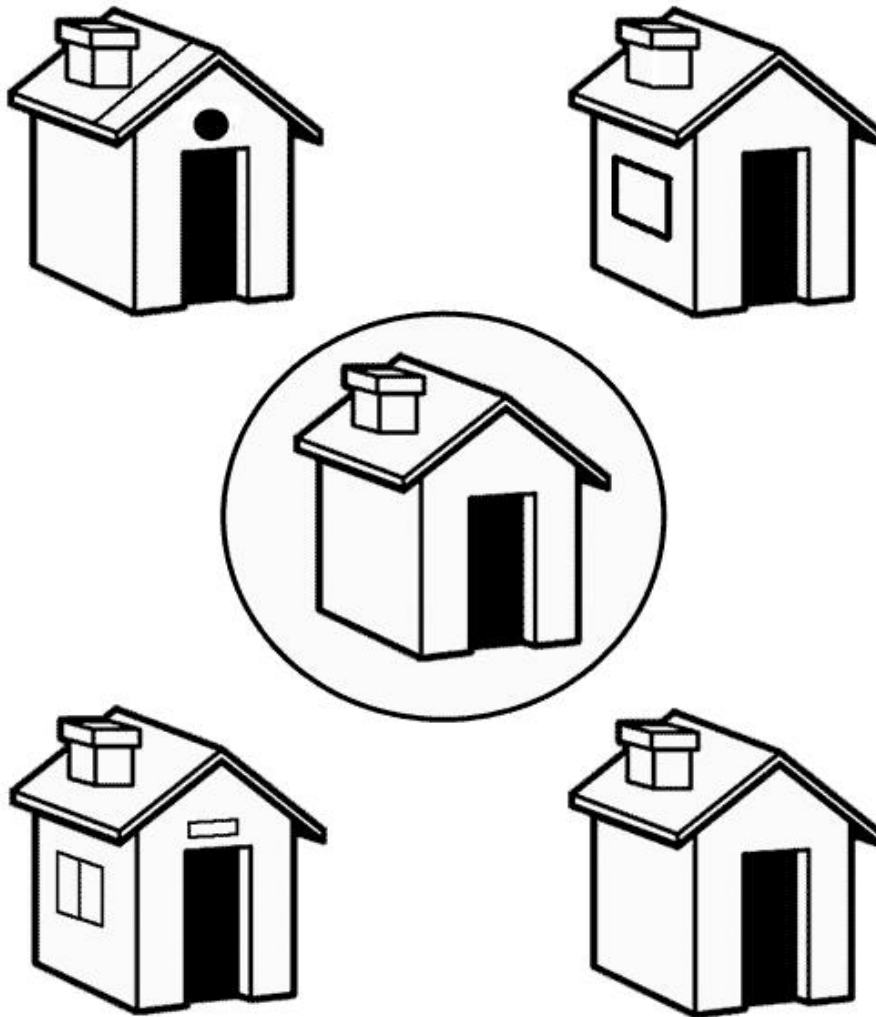


Fase 2: Instruções: Comparando com a figura completa (indicar qual é), quero que complete as restantes. Em cada uma falta uma coisa.



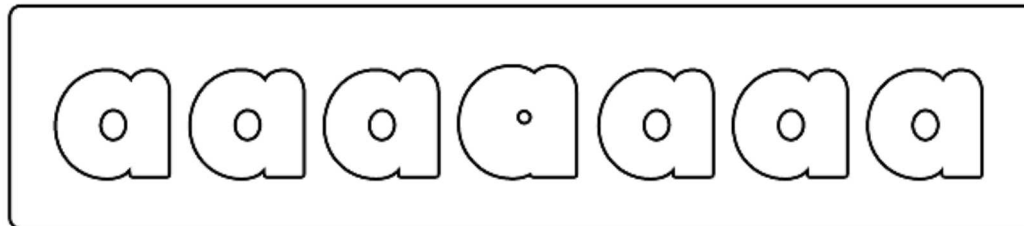
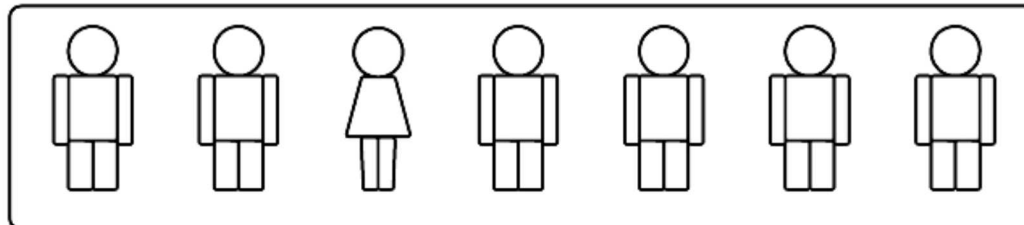
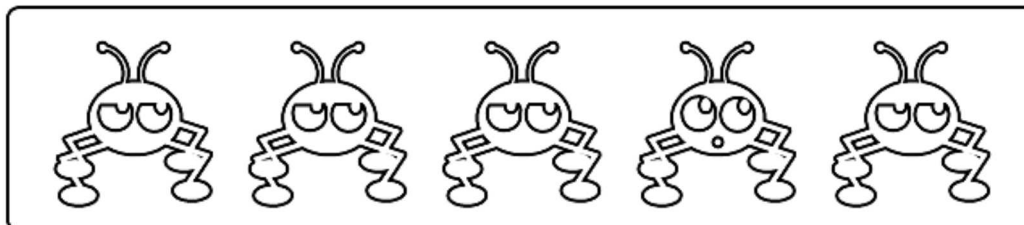
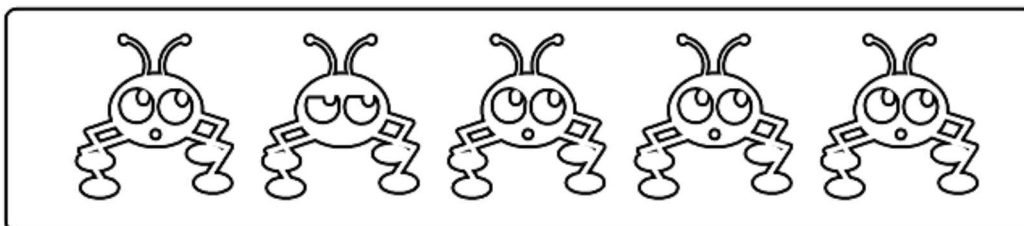
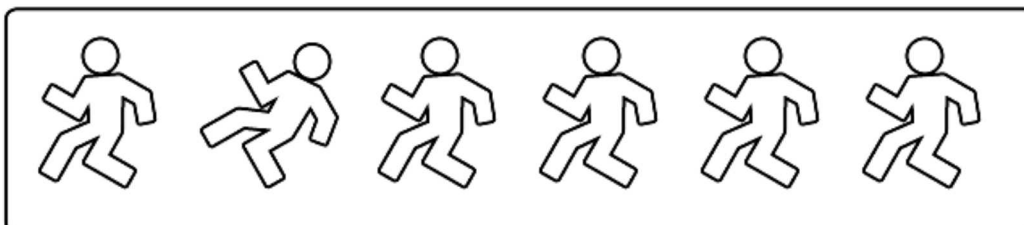
Exercício 18

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



Exercício 19

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



MEMÓRIA

Exercícios de Memória Imediata

Exercício 1 a 3

DIRETO	Sozinho	Com ajuda	INVERSO	Sozinho	Com ajuda

Exercício 1

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

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

Exercício 2

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

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

Exercício 3

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

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

Exercícios Memória Recente- Objetos

Exercícios 4 a 6

DIRETO	Sozinho	Com ajuda	INVERSO	Sozinho	Com ajuda

Exercício 4

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

Exercício 1
Maça
Lápis

Exercício 2
Carro
Boneca

Exercício 7
Panela
Colher
Pasta dos dentes

Exercício 3
Chupeta
Bola

Exercício 4
Telefone
Clip

Exercício 8
Envelope
Laranja
Palito

Exercício 5
Folha de Papel
Candeeiro

Exercício 6
Chaves
Óculos
Caneca

Exercício 9
Lápis
Alfinete
Relógio

Exercício 5

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

Exercício 6

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

Exercícios Memória Remota

Exercício 1- Complete as seguintes frases:

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

Caso clínico M

Programa de Treino Cognitivo, com recurso ao Programa Informático CogniPlus

A. Tempo de duração do programa

5 Sessões (3 realizadas 1 vez por semana; 2 sessões na mesma semana)

B. Funções cognitivas a trabalhar:

Atenção, Memória e Funções Executivas

C. Tarefas realizadas no Programa de estimulação cognitiva CogniPlus:

a) Exercício para Treino da Atenção

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

EXERCÍCIO:

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

DIVID (atenção distribuída): treina a capacidade para desempenhar diferentes tarefas de forma simultânea (“Multi-Tasking”/ “shifting” atencional).

EXERCÍCIO:

Neste programa de treino o paciente desempenha o papel de um segurança, num aeroporto. Este tem de observar, simultaneamente, diversos cenários, através de diferentes monitores de controlo (portas de entrada, balcão de “check-in”, passadeira de bagagem) e ter em atenção os avisos emitidos através dos altifalantes. A tarefa consiste em lidar com as avarias que ocorrem pressionando a tecla de resposta. Se o paciente não reagir prontamente a uma avaria ou a um aviso importante, a imagem pára em todos os ecrãs e aquele em que ocorreu a avaria é destacado. Enquanto a tecla de reação não for pressionada, o treino não continua.

VIG – Atenção/ Vigilância (atenção sustentada). Trabalha a capacidade para manter a atenção, por um longo período de tempo, sob a apresentação de um conjunto de estímulos monótonos.

EXERCÍCIO:

O paciente conduz um veículo ao longo de uma estrada nacional. Em intervalos irregulares outros veículos ultrapassam-no e, por vezes, travam à sua frente. A tarefa do paciente consiste em reagir, pressionando um botão sempre que outro veículo o ultrapassar e travar. De seguida as luzes dos travões do veículo apagam-se e este acelera. Se o paciente não reagir corretamente dentro do tempo permitido, a luz dos travões começa a piscar. Eventualmente, pode ouvir-se um som alto, que tem como objetivo chamar a atenção do paciente para o que se está a passar.

b) Exercício para estimulação da Memória

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

EXERCÍCIO:

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

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

EXERCÍCIO:

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

c) Exercício para desenvolvimento das Funções Executivas

PLAND (Planeamento e Programação da Ação): neste programa são trabalhadas as capacidades de planeamento e execução de ações através da apresentação de uma lista de tarefas diárias a realizar.

EXERCÍCIO:

No programa de treino PLAND é dada ao paciente a tarefa de decidir qual considera ser a melhor ordem para realizar atividades diárias. O ponto de partida é uma lista de tarefas que necessitam de ser realizadas e um esquema de uma cidade com vários edifícios, onde surge assinalada a posição atual do paciente. De acordo com as tarefas planeadas, o paciente deve criar uma estratégia para decidir a ordem em que irá realizá-las e, consequentemente, a sequência em que se irá dirigir para cada edifício.

16.02.2017

Doente orientada, bem-disposta e empenhada ao longo das tarefas solicitadas.

Adota um discurso coerente e contextualizado.

Refere viver com o marido (A) e o filho mais novo (G). Tem mais dois filhos (M 28 anos e C de 22 anos), ambos já casados, mas vivem próximo dos pais. A doente refere boa relação familiar e que durante o tempo de internamento a filha apoiará o marido e filho mais novo na gestão doméstica.

Partilha que é doméstica, que exerceu atividade profissional como empregada doméstica em casa particular, por pouco tempo. O marido exerce atividade profissional no ramo da eletricidade.

Descreve com detalhe o momento em que sofre o AVC (maio 2016) e o seu percurso terapêutico até à sua entrada no CRN.

Mostra-se satisfeita e motivada com este internamento e entende este momento na sua vida como uma oportunidade para recuperar a sua autonomia na marcha.

Os défices que reconhece são físicos, nomeadamente perda de força muscular no membro superior esquerdo e incapacidade para a marcha.

Ao longo da consulta manteve uma atitude e presença positiva, perspetivando o futuro com esperança.

Administrados para rastreio:

TeLPI – os resultados estimam um QIEC pré-mórbido de 73,20, valor abaixo da média para a sua escolaridade ($M=103.39\pm 8.947$).

MoCA – cujos resultados (15/30; $M=26.42\pm 2.18$) sugerem a presença de défices, atendendo ao esperado para o seu nível de escolaridade e idade, correspondentes a alterações ao nível da(s): capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas.

IFS – cujos resultados 15/30 ($M=21.24\pm 2.84$) sugerem a existência de défices, atendendo ao esperado para a sua idade e nível de escolaridade, traduzindo alterações em termos da programação da ação, abstração mental e memória de trabalho.

HADS – os resultados sugerem presença moderada de perturbação ansiosa (A:12) e ausência de perturbação depressiva (D:3). Estes dados são congruentes com a informação recolhida durante a sessão, em que, apesar da doente se mostrar ajustada às consequências físicas do quadro clínico e circunstâncias de vida atuais, evidencia alguma ansiedade quanto ao processo reabilitativo, considerando o tempo já decorrido desde o AVC.

Atendendo aos resultados deste rastreio cognitivo-emocional, será aprofundada a avaliação nos seguintes domínios cognitivos: capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas.

20.02.2017

Doente colaborante e empenhada na realização das tarefas propostas.

Apresenta labilidade emocional, marcada por períodos de choro compulsivo, quando fala da família, em particular do filho mais novo. Refere algum desgaste pelo longo processo de reabilitação, que tem implicado internamentos sucessivos em diferentes hospitais. É, neste sentido, importante vigiar o seu estado psicoemocional.

Foi administrada a Figura Complexa de Rey para aprofundamento das capacidades visuoespaciais e memória.

Verifica-se um tempo médio (2m27seg) de execução da cópia, sendo que o desempenho da doente a coloca no Pc1, evidenciando dificuldades ao nível visuoespacial.

Na reprodução de memória, o seu desempenho traduz um nível inferior de elaboração visuoespacial (Pc1), evidenciando alterações na memória visual.

Aplica-se Trail Making Test para aprofundamento das capacidades atencionais.

A doente realizou a parte A em 2m43seg com cinco erros de sequenciação e a parte B em 4m40seg, com vários erros de sequenciação (> Pc10). O tempo de execução de ambas as tarefas é elevado, quando comparada com o seu grupo de referência, apontando os resultados obtidos para a presença de défices ao nível da atenção, velocidade de processamento e coordenação oculomotora.

A concluir aprofundamento.

21.02.2017

Doente apresenta-se na consulta bem-disposta e colaborante na realização das tarefas solicitadas.

Partilha sentir-se melhor e mais estabilizada do ponto de vista emocional.

Administra-se WMS III, para aprofundamento da avaliação da memória.

O desempenho da doente revela um funcionamento inferior da memória imediata (IMI: 77; Pc6) e um funcionamento médio da memória de trabalho (IMT:93; Pc32) quando comparada com o seu grupo de referência. No que respeita à memória geral, os resultados (IMG: 75; Pc5) apontam para um funcionamento inferior deste domínio cognitivo, tendo em conta o esperado em indivíduos com características similares.

A concluir aprofundamento.

23.02.2017

Doente bem disposta e com humor eutímico.

Aplicada a BADS para aprofundamento das funções executivas.

O desempenho da doente aponta para um funcionamento deficitário, sugerindo a análise individualizada do desempenho nos subtestes, limitações ao nível da:

- Flexibilidade mental e da capacidade para mudar um padrão de resposta previamente estabelecido;
- Capacidade de resolução de problemas práticos;
- Capacidade de planeamento, mais concretamente da capacidade de conceção de estratégias de ação e da capacidade de previsão e organização temporal;
- Capacidade de planear e organizar intencionalmente o comportamento, nomeadamente, a partir da conceção de estratégias comportamentais concretas;
- Capacidade de planeamento da ação e de automonitorização do desempenho.

A iniciar programa de estimulação neurocognitiva para treino da atenção, memória e funções executivas.

02.03.2017

Doente bem-disposta e colaborante na realização das tarefas.

Refere sentir-se bem e que tem feito progressos na sua recuperação física.

Informa-se a doente sobre o funcionamento do *software* e são realizados exercícios de treino para que se familiarize com o programa.

Inicia-se treino de estimulação cognitiva, com recurso ao software computadorizado

Cogniplus:

- VISP (memória de trabalho: memória visuoespacial), em que se mantém no nível 1, reagindo corretamente aos estímulos visuais (100% de reações corretas).
- VIG (vigilância), em que mantém o nível 1, conseguindo dirigir satisfatoriamente a sua atenção para a identificação de determinados estímulos por um período prolongado de tempo (tempo médio de resposta 1119mseg e 100% de reações contingentes).
- DIVID (atenção distribuída), em que a doente se mantém no nível 1, sendo capaz de discriminar eficazmente estímulos de interesse de outros distratores (tempo médio de reação de 1617mseg e 25% de respostas positivas).

A manter intervenção.

09.03.2017

Doente bem-disposta e colaborante na realização das tarefas.

Realiza treino de estimulação cognitiva, com recurso ao software computadorizado

Cogniplus:

- DIVID (atenção distribuída), em que a doente se mantém no nível 1, sendo capaz de discriminar eficazmente estímulos de interesse de outros distratores (tempo médio de reação de 1732mseg 30% de respostas positivas).

- CODING (memória de trabalho: codificação espacial), em que atinge o nível 3 de dificuldade, apresentando 35% de sequências resolvidas, num tempo médio de resolução de 4 seg.

- PLAND (planeamento e execução de ações), em que evolui para o nível 4 de dificuldade, resolvendo corretamente 100 dos exercícios apresentados, num tempo médio de resposta de 1min e 31seg.

A manter intervenção.

15.03.2017

Doente com humor mais contido que o habitual, mas colaborante e disponível para a realização das tarefas.

Antes de iniciar treino a doente partilha estar a ficar cansada do internamento e que tem muitas saudades de casa e do filho.

Trabalho de gestão de emoções, normalizando e validando os sentimentos do doente.

Discutidas estratégias adaptativas.

Realiza treino de estimulação cognitiva, com recurso ao software computadorizado

Cogniplus:

- CODING (memória de trabalho: codificação espacial), em que mantém o nível 4 de dificuldade, apresentando 53% de sequências resolvidas, num tempo médio de resolução de 6 seg.

- PLAND (planeamento e execução de ações), em que evolui para o nível 5 de dificuldade, resolvendo corretamente 89 dos exercícios apresentados, num tempo médio de resposta de 1min e 54seg.

A manter intervenção.

16.03.2017

Doente mais bem-disposta que na sessão anterior. Humor eufímico e colaborante na realização das tarefas.

Realiza treino de estimulação cognitiva, com recurso ao software computadorizado

Cogniplus:

-VISP (memória de trabalho: memória visuoespacial), em que se mantém no nível 1, reagindo corretamente aos estímulos visuais (100% de reações corretas).

- VIG (vigilância), em que mantém o nível 1, conseguindo dirigir satisfatoriamente a sua atenção para a identificação de determinados estímulos por um período prolongado de

tempo (tempo médio de resposta 829mseg e 100% de reações contingentes).

- DIVID (atenção distribuída), em que a doente se mantém no nível 1, sendo capaz de discriminar eficazmente estímulos de interesse de outros distratores (tempo médio de reação de 1129mseg e 56% de respostas positivas).
- ALERT (estado de alerta), em que evolui no nível 4, reagindo positivamente aos estímulos visuais (tempo médio de resposta de 1047mseg e 100% de reações atempadas).

A manter intervenção.

23.03.2017

Doente colaborante e com humor eutímico.

Realiza treino de estimulação cognitiva, com recurso ao software computadorizado

Cogniplus:

- VISP (memória de trabalho: memória visuoespacial), em que evolui para o nível 2, reagindo corretamente aos estímulos visuais (100% de reações corretas).
 - VIG (vigilância), em que mantém o nível 1, conseguindo dirigir satisfatoriamente a sua atenção para a identificação de determinados estímulos por um período prolongado de tempo (tempo médio de resposta 796mseg e 95% de reações contingentes).
 - DIVID (atenção distribuída), em que a doente evolui para o nível 2, sendo capaz de discriminar eficazmente estímulos de interesse de outros distratores (tempo médio de reação de 1074mseg e 75% de respostas positivas).
 - ALERT (estado de alerta), em que se mantém no nível 4, reagindo positivamente aos estímulos visuais (tempo médio de resposta de 948mseg e 90% de reações atempadas).
- A manter intervenção.

30.03.2017

Doente bem-disposta e colaborante na realização das tarefas propostas. Partilha que está animada com a alta na próxima semana e acredita que em casa poderá continuar o seu processo de reabilitação.

Readministra-se Trail Making Test para avaliação das capacidades atencionais. A doente realizou a parte A em 31seg com três erros de sequenciação e a parte B em 5m30seg, com um erro de sequenciação. O tempo de execução na segunda tarefa é ainda elevado, quando comparada com o seu grupo de referência, apontando os resultados obtidos para a manutenção de défices ao nível da atenção e velocidade de processamento.

Readministra-se a BADS para avaliação das funções executivas. O desempenho da doente aponta para um funcionamento médio inferior, sugerindo uma ligeira melhoria neste domínio cognitivo, sendo que a análise individualizada do desempenho nos subtestes, limitações ao nível da:

- Flexibilidade mental e da capacidade para mudar um padrão de resposta previamente estabelecido;
- Capacidade de resolução de problemas práticos;

- Capacidade de planeamento, mais concretamente da capacidade de conceção de estratégias de ação e da capacidade de previsão e organização temporal;

A concluir reavaliação.

05.04.2017

Doente bem-disposta, colaborante e com boa amplitude emocional.
Refere estar animada com a alta.

Readministra-se a Figura Complexa de Rey para reavaliação das capacidades visuoespaciais e memória.

Verifica-se um tempo médio (4m05seg) de execução da cópia, sendo que o desempenho da doente a coloca no Pc 1, evidenciando dificuldades ao nível visuoespacial.

Na reprodução de memória, o seu desempenho traduz um nível inferior de elaboração visuoespacial (Pc 1), evidenciando alterações na memória visual.

Readministra-se WMS III, para reavaliação da memória.

O desempenho da doente revela um funcionamento médio inferior da memória imediata (IMI: 87; Pc19) e um funcionamento médio da memória de trabalho (IMT:98; Pc45) quando comparada com o seu grupo de referência. No que respeita à memória geral, os resultados (IMG: 88; Pc21) apontam para um funcionamento médio inferior deste domínio cognitivo, tendo em conta o esperado em indivíduos com características similares.

Síntese da intervenção por Psicologia/Neuropsicologia

A doente apresentou-se, durante as consultas de Neuropsicologia, orientada alopsiquicamente, cooperante e com um discurso adequado e coerente.

O rastreio cognitivo realizado inicialmente sugeriu dificuldades ao nível das capacidades visuoespaciais, atenção, memória e funções executivas (MoCA: 15/30 e IFS: 15/30).

O aprofundamento da avaliação revelou um desempenho muito abaixo do que seria esperado para a sua idade na FCR (PcC1), evidenciando dificuldades de revelo a nível visuoespacial. Já no TMT, os resultados obtidos (> Pc10) apontaram para a presença de défices ao nível da atenção e velocidade de processamento. A avaliação aprofundada do funcionamento executivo foi realizada com recurso a BADS, sendo que o desempenho da doente revelou um funcionamento deficitário. Foi ainda administrada WMS III para aprofundamento da memória, cujos resultados revelaram um funcionamento inferior da memória imediata (IMI: 77; Pc6) e um funcionamento médio da memória de trabalho (IMT:93; Pc32). No que respeita à memória geral, os resultados (IMG: 75; Pc5) apontaram para um funcionamento inferior deste domínio cognitivo.

A doente realizou treino cognitivo computadorizado orientado para a estimulação da atenção, memória e funções executivas.

A reavaliação cognitiva revela no TMT que a doente mantém défices ao nível da atenção e velocidade de processamento. No domínio das funções executivas, o desempenho da doente aponta para um funcionamento médio inferior, sugerindo uma ligeira melhoria neste domínio cognitivo. Os resultados da reavaliação da memória apontam para uma ligeira melhoria na memória imediata (IMI: 87; Pc19) que agora apresenta um funcionamento médio inferior, a manutenção de um funcionamento médio da memória de trabalho (IMT:98; Pc45), sendo que na memória geral, os resultados (IMG: 88; Pc21) também traduzem uma ligeira melhoria neste domínio cognitivo que apresenta um funcionamento médio inferior. Em termos de capacidades visuoespaciais, o desempenho na cópia da FCR mantém-se no mesmo nível.

Registos realizados no âmbito da intervenção com C

20.02.2017

Doente bem-disposto, colaborante, mas com labilidade emocional.

Discurso coerente e adequado.

Refere que é solteiro, tendo iniciado um novo relacionamento recentemente. Tem uma filha com 2 anos (Inês) fruto de um relacionamento anterior. Mantém boa relação com a ex-companheira.

Vive com os pais, mas manifesta vontade de sair de casa destes e recuperar a sua independência. Apesar disso aceita que neste momento não tem capacidade, nem condições financeiras para viver sozinho.

Partilha desgaste na relação com os conviventes, em particular com o pai, dizendo que estes não respeitam a sua privacidade e “já não consegue ouvi-los sem se irritar”(sic). Assume pior relacionamento com o pai, “falam apenas o essencial” (sic), mantendo com a mãe maior proximidade.

Tem formação na área de Higiene e Segurança no Trabalho e exerce actividade profissional como Técnico Superior de Segurança e Higiene no Trabalho na empresa IKEA, encontrando-se neste momento de baixa médica.

Descreve com detalhe a sua condição clínica, sublinhando as limitações da mesma ao longo da sua vida. No entanto, assume que as suas limitações físicas nunca o impediram de seguir com os seus projetos, mantendo expectativas ajustadas quanto ao processo de reabilitação funcional.

Reforça que a filha é a sua maior motivação e que é por ela que luta todos os dias para recuperar e voltar às suas rotinas, tentando encarar o futuro com esperança.

Verbaliza receios/medos relacionados com a possibilidade de não conseguir atingir os seus objectivos terapêuticos e ficar na dependência permanente dos pais.

Administrada para rastreio psicoemocional **HADS**, cujos resultados sugerem presença de perturbação ansiosa severa (A=17) e presença de patologia depressiva moderada (D:12), dados congruentes com a expressão emocional do doente ao longo da sessão.

A iniciar acompanhamento por Psicologia.

01.03.2017

Doente colaborante e com humor eutímico.

Mantem motivação relativamente ao internamento no CRN, referindo alguns ganhos, ao nível da sua reabilitação física (e.g. já consegue suportar mais peso, quando realiza exercícios com alteres).

Partilha vontade de regressar ao trabalho o quanto antes e que o CRPG está envolvido neste processo, existindo já negociações com a sua empresa para adaptação do seu posto de trabalho à sua actual condição clínica. Ainda assim, apesar de o desejar e considerar importante no seu desenvolvimento pessoal, manifesta apreensão neste regresso, pois não sabe qual será a reacção dos colegas e dos superiores à sua actual imagem profissional. *“Os meus colegas estavam habituados a que eu nunca dissesse que não e a fazer tudo pelo meu trabalho e agora não poderei manter o mesmo ritmo e isso preocupa-me”* (sic).

Partilha alguns episódios marcantes da sua infância e adolescência, relativos à sua vivência familiar e que estarão na origem do mau relacionamento com o pai.

Refere ser o irmão do meio de uma fratria de três. Reforça relação protectora com a mãe e com a irmã mais nova e mais distante com o irmão mais velho.

Trabalho de gestão de emoções, normalizando e validando os sentimentos do doente.

Discutidas estratégias adaptativas.

A manter acompanhamento

08.03.2017

Doente colaborante e com humor eutímico.

Presença mais contida do que o habitual.

Refere que esta semana foi, do ponto de vista emocional, um pouco mais difícil e que esse facto condicionou o seu desempenho no ginásio.

Manifesta constrangimento por não ter podido ir a casa no fim-de-semana, pois no final da semana passada teve problemas urológicos, que levaram a um episódio de perda urinária, situação que lhe causou desconforto emocional.

Ainda assim mantém-se optimista quanto ao futuro, perspectivando o regresso ao trabalho em breve e assim poder retomar a sua autonomia financeira, que lhe possibilite ter um espaço próprio, condição que considera primordial para o seu bem-estar emocional.

Trabalho de gestão de emoções, normalizando e validando os sentimentos do doente.

Discutidas estratégias adaptativas.

A manter acompanhamento

15.03.2017

Doente bem-disposto e colaborante na consulta.

Partilha ter iniciado desporto adaptado (andebol) e que essa experiência está a ser importante para o seu bem-estar físico e emocional.

Fala sobre o fim-de-semana em casa, dizendo que esteve com a filha no sábado e no domingo saiu para ver o jogo da equipa de andebol do CRN.

Foram trabalhadas com o doente as emoções e sentimentos relativas às vivências com o pai, atuais e passadas, tendo o doente partilhado vários episódios marcantes, desde a infância até ao momento presente.

Discutias estratégias adaptativas.

A manter acompanhamento.

22.03.2017

Doente colaborante e com humor eufímico.

Refere que terá alta na próxima semana e que essa situação o deixa um pouco triste e desanimado. Entende que nas últimas duas semanas tem feito grandes progressos e acredita que se pudesse permanecer, mais uma ou duas semanas, poderia evoluir significativamente na sua reabilitação funcional.

Partilha estar satisfeito com as suas conquistas durante este internamento e manifesta vontade em manter o processo de reabilitação no CRN em regime de ambulatório.

Refere que irá discutir esta questão com a sua médica.

Mantem disponibilidade e vontade para continuar as consultas no Serviço de Psicologia do CRN.

Refere, a propósito do fim de semana em casa e do Dia do Pai, que tentou a aproximação com o pai, mas não foi capaz de concretizar a sua vontade, que era desejar-lhe um feliz dia. No entanto, não foi capaz de concretizar essa sua vontade, desistindo, sem sequer ter tentado.

Trabalho de gestão de emoções, normalizando e validando os sentimentos do doente.

Discutidas estratégias adaptativas.

A manter acompanhamento na consulta externa, se possível.

Consulta de Reabilitação Neuropsicológica

Estratégias- Família

Nome: AR

Processo: CRN XXX

Data de Nascimento: 02/09/2008

Idade: 7 anos

Principais problemas identificados:

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

Estratégias a adotar:

1. *Baixa tolerância à frustração*

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

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

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

Estratégias a adotar:

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

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

Estratégias a adotar:

3. Alterações ao nível da autoestima/autoconfiança.

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

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