

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Liliana Teixeira Matos

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

Gandra, janeiro de 2020



Liliana Teixeira Matos

## Relatório de Estágio

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

**Supervisão:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias

Gandra

Ano letivo 2018/2019

## Declaração de Integridade

Liliana Teixeira Matos, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro, que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

À Profª Dra. Maria Emília Areias.

À Profª Dra. SG.

Aos profissionais e clientes da instituição acolhedora.

À minha família, aos meus pais e tios por todos os esforços e apoio nesta caminhada, aos meus avós, onde estiverem espero que fiquem orgulhosos.

Às minhas melhores amigas, pelo apoio e força nos momentos mais desafiantes.

# Índice

Introdução.....	1
Descrição da Instituição Acolhedora.....	2
O Papel do Psicólogo na Instituição Acolhedora .....	3
<b>Atividades Integradas no Programa de Modelo Holístico no Centro Acolhedor .....</b>	<b>7</b>
Treino cognitivo.....	7
Relações interpessoais.....	7
Sessões individuais de Psicologia .....	8
Oficina e Atelier .....	9
Mindfulness.....	9
<b>Outras atividades sem intervenção direta do psicólogo.....</b>	<b>9</b>
Autonomia.....	9
Fisioterapia.....	10
Atividade Física Adaptada .....	10
Terapia da Fala.....	10
Terapia Ocupacional .....	10
Técnicas da Informação e Comunicação (TIC) .....	10
Empregabilidade.....	11
<b>Atividades em Contexto de Supervisão e Orientação .....</b>	<b>12</b>
Reuniões de Supervisão e Orientação.....	12
Reuniões de Orientação.....	12
<b>Caracterização dos Grupos Acompanhados.....</b>	<b>13</b>
<b>Caso Clínico – J.....</b>	<b>14</b>
<b>Caso Clínico – F.....</b>	<b>26</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>34</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Genograma de J.....	15
<b>Figura 2.</b> Genograma de F.....	26

## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> - Poster de J.....	<b>37</b>
<b>Anexo B</b> - Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional de J.....	<b>38</b>
<b>Anexo C</b> - Poster de F.....	<b>41</b>
<b>Anexo D</b> - Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional de F.....	<b>42</b>

## Abreviaturas

**ACT** Acceptance and Commitment Therapy

**ADFA** Associação dos Deficientes das Forças Armadas

**AVC** Acidente Vascular Cerebral

**CERCIGAIA** Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas

**HADS** Hospital Anxiety and Depression Scale

**IFS** Ineco Frontal Screening

**IEFP** Instituto de Emprego e Formação Profissional

**MoCa** Montreal Cognitive Assessment

**PIAAR-R** Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade

**PIR** Plano Individual de Reabilitação

**QOLIBRI** Quality Of Life After Brain Injury Questionary

**RAC-LCA** Reabilitação e Atualização de Competências – Lesão Cerebral Adquirida

**STCP** Sociedade de Transportes Coletivos do Porto

**STROOP** Teste Stroop – Cores e Palavras

**TCE** Traumatismo Cranioencefálico

**WMS III** Wechler Memory Scale III





## Introdução

O estágio curricular representa o culminar do percurso académico e a oportunidade de aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso educacional.

O presente estágio decorreu no segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, sob a orientação de uma psicóloga da instituição acolhedora e supervisão da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Emília Areias, regente e docente do curso de Psicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O mesmo usufruiu da duração de oito meses, tendo sido iniciado a 11 de outubro de 2018 e terminado a 12 de junho de 2019, com a frequência de dois a três dias por semana, mediante a necessidade da realização de avaliações neuropsicológicas, e horário compreendido entre as 9h e 17h.

O objetivo deste relatório reside na reflexão do percurso do estágio e na apresentação do trabalho realizado durante esse mesmo período. Para tal, primeiramente será realizada uma descrição do local de estágio, passando seguidamente para o papel do psicólogo no centro, incluirá uma elucidação sobre o modelo teórico aplicado no programa de reabilitação, neste caso, o modelo holístico, assim como uma descrição das atividades integradas no programa e as atividades realizadas em contexto de orientação e supervisão.

Na componente prática serão apresentados dois casos clínicos, avaliações neuropsicológicas dos mesmos e intervenção realizada. Por último encontrar-se-á uma reflexão final acerca do processo de desenvolvimento e crescimento ocorrido neste período.

## Descrição da Instituição Acolhedora

A Instituição Acolhedora, fundada em 1992, caracteriza-se como uma associação de direito público, originada através de um Acordo de Cooperação entre três outras instituições, sendo elas, o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), a Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCIGAIA) e a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), tornando-se um centro protocolar de utilidade pública.

Como principal objetivo visa a reabilitação e a reintegração de pessoas com deficiências e incapacidades para a vida ativa, tendo à sua disposição um conjunto de serviços no âmbito da educação/formação e reabilitação profissional. Neste sentido, o presente centro apresenta serviços no domínio da reabilitação de pessoas vítimas de doenças e acidentes potenciando a sua reintegração nos contextos profissional, familiar e social. Apoiar também a transição de jovens com deficiências e incapacidades congénitas e/ou adquiridas, da escola para a vida ativa.

O centro trabalha ainda com cidadãos com necessidade de reforço ao nível das qualificações, proporcionando o investimento em educação e formação profissional em indivíduos com idade igual ou superior a dezoito anos.

A presente instituição disponibiliza ainda diversos serviços aos clientes portadores de deficiência e/ou incapacidade, como: Avaliação dos impactos dos acidentes e doenças na funcionalidades e necessidades de reabilitação; Formação inicial de pessoas com deficiências e incapacidades; Apoio ao trabalho e emprego; Reabilitação e reintegração profissional; Produtos de apoio e Centro Qualifica.

## O Papel do Psicólogo na Instituição Acolhedora

No centro acolhedor, o psicólogo acompanha o processo de cada cliente desde a sua admissão até ao seu encaminhamento final. É responsável por realizar, numa fase inicial, uma entrevista psicológica com o objetivo de aferir se o cliente preenche os requisitos necessários para a integração num programa de reabilitação e reintegração profissional, nomeadamente, ter uma lesão cerebral adquirida (LCA), ter idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 65 anos, estar inscrito no centro de emprego, apresentar o documento de identificação e certificado de habilitações atualizados e possuir área de residência nas zonas do Norte e Centro do país. Seguidamente a esta verificação e tendo em conta as necessidades e motivo de encaminhamento de cada cliente, o psicólogo avalia se é benéfico para o mesmo a integração num programa de reabilitação neuropsicológica no centro. Ainda nesta fase é realizado um acordo entre o cliente e a instituição, onde contém direitos e deveres de ambas as partes que devem ser respeitados para a boa funcionalidade de todo o processo de reabilitação.

Uma vez realizada a entrevista inicial, o psicólogo procede à avaliação neuropsicológica, que pode ser realizada no mesmo dia ou agendada com o cliente para a próxima vinda ao centro. Para tal, o psicólogo conta com um protocolo estandardizado de instrumentos de avaliação, que pode estar sujeito a alterações mediante as dificuldades ou necessidades apresentadas pelos clientes. Sendo assim, o protocolo é constituído pelos seguintes instrumentos: *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*; *Teste de atenção (D2)*; *Subtestes Wechsler Memory Scale III (WMS III) - Sequência de Números e Letras e Localização Especial*; *Figura Complexa de Rey*; *Token Test*; *Ineco Frontal Screening (IFS)*; *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*; *Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI)* e *Teste Stroop – Cores e Palavras (STROOP)*.

Finalizado o processo de avaliação, o psicólogo integra os resultados num relatório de avaliação neuropsicológica, onde são inseridas as considerações acerca do estado cognitivo e psicológico e sugestões para a elaboração do plano individual de reabilitação (PIR) de cada cliente.

Após a admissão dos clientes e já no desenvolvimento do programa, o psicólogo é responsável pelas sessões individuais de Psicologia, sessões de treino cognitivo e sessões de relações interpessoais.

## O Modelo Holístico na Reabilitação Neuropsicológica

No centro, o programa de reabilitação utilizado rege-se pelos modelos holísticos de reabilitação neuropsicológica desenvolvidos por Yehuda Ben-Yishay e George Prigatano, utilizando também como referência a implementação do modelo no Centro Oliver Zangwill de Reabilitação Neuropsicológica, de acordo com o desenvolvido por Barbara Wilson.

No que diz respeito à reabilitação neuropsicológica, salienta-se que esta é vista como uma estratégia de intervenção ou técnica que tem por objetivo permitir aos pacientes e seus familiares gerir, compensar ou reduzir os défices cognitivos consequentes à lesão encefálica adquirida (Wilson, 1999).

De uma forma geral, a reabilitação neuropsicológica segundo Wilson (2003), é um conjunto de intervenções em que o seu principal objetivo consiste em proporcionar ao indivíduo melhorias nos seus processos cognitivos, emocionais e sociais, para este puder alcançar uma maior qualidade de vida e tornar-se independente.

Foi também descrita como um conjunto de intervenções não farmacológicas nem cirúrgicas destinadas a melhorar ou restituir a capacidade cerebral para a resolução dos problemas resultantes da lesão encefálica (Prigatano, 2005).

A reabilitação neuropsicológica tem como objetivo permitir que pessoas com défices cognitivos, emocionais ou comportamentais alcancem o seu potencial máximo nos domínios do funcionamento psicológico, social, de lazer, vocacional ou quotidiano (Wilson, Gracey, Evans, & Bateman, 2009).

A abordagem holística reconhece que não faz sentido separar as consequências cognitivas, emocionais e sociais da lesão cerebral, pois a forma como sentimos e pensamos afeta o modo como nos comportamos e, neste sentido, a processo de reabilitação interliga-se aos vários domínios.

Assim sendo, a reabilitação neuropsicológica é mais ampla, pois, além de pretender tratar os défices cognitivos, deseja também tratar as alterações de comportamento e emocionais, melhorando a qualidade de vida do paciente (Wilson, 1996).

O modelo holístico de reabilitação segue uma hierarquia de seis estágios através dos quais o paciente/cliente deve trabalhar na reabilitação, que se encontram representados num contínuo, do mais básico (cognitivo- neuropsicológico) para o mais complexo (psicológico). nomeadamente: (1) envolvimento; (2) consciência de si; (3) mestria; (4) controlo; (5) aceitação; e, (6) identidade (Ben-Yishay & Gold, 1990).

O mesmo modelo apoia-se em três pedras basilares, sendo eles, o entendimento dos mecanismos fisiológicos e neurológicos subjacentes ao processo de reabilitação, providenciando uma base explicativa para a recuperação das funções após lesão cerebral, a formulação de estratégias e princípios básicos das intervenções remediativas baseadas nos mecanismos neuropsicológicos e a utilização de métodos inovadores de treino neuropsicológico remediativo, com eficiência clínica comprovada, que sejam capazes de promover melhorias significativas na vida diária das pessoas com lesão cerebral (Guerreiro, 2014).

A abordagem holística procura trabalhar quer os componentes cognitivos que se encontram prejudicados por causa de lesão cerebral quer os aspetos emocionais e psicossociais advindos da ocorrência do quadro neurológico que podem influenciar a melhoria do paciente. Utiliza-se principalmente da consciencialização dos défices do paciente, sendo clara a ideia de que componentes da personalidade e do estado emocional podem interferir no processo de reabilitação.

É importante que no programa de reabilitação seja possível proporcionar um modelo que ajude o paciente e a sua família a entender o que ocorreu, proporcionar estratégias de treino de competências para recuperar e compensar os défices cognitivos, melhorar a atuação do paciente em diferentes situações sociais e ajudá-lo a estabelecer compromissos realistas de trabalho e relações interpessoais e promover um ambiente realista de esperança (Cancela, 2008).

A eficácia da reabilitação é avaliada em termos da capacidade da mesma em ajudar o paciente/cliente a atingir os seus objetivos pessoais e a relevância do tratamento para o funcionamento diário e qualidade de vida da pessoa, sendo esses os princípios que orientam o planeamento e a implementação do tratamento neuropsicológico (Cicerone in Wilson, 2009).

## **Atividades Integradas no Programa de Modelo Holístico no Centro Acolhedor**

### **Treino cognitivo**

As sessões de treino cognitivo são sessões em grupo com o objetivo de estimular as áreas e funções cognitivas afetadas pela lesão cerebral através de estratégias compensatórias, este tipo de sessão tem a duração de uma hora e quarenta e cinco minutos, em modelo bissemanal. Estas sessões contêm uma componente teórica e uma de treino e prática das estratégias de compensação. A componente teórica consiste em psicoeducação aos clientes acerca do funcionamento do cérebro e sua constituição, consequências de uma lesão cerebral, funções executivas, estratégias de compensação para os diferentes domínios, entre outras. A parte de treino prático de estratégias pode ocorrer recurso ao software de Treino Cognitivo Rehacom ou através de exercícios de papel e lápis. A ferramenta Rehacom permite a adaptação às diferentes necessidades de cada cliente, com exercícios para estimulação das funções executivas, memória, atenção, velocidade de processamento e perceção visual. Este tipo de software permite igualmente registar a evolução do desempenho do cliente e adaptar o nível de dificuldade ao desempenho realizado. Na componente de exercícios de papel e lápis, são realizados exercícios retirados do Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade (PIAAR-R) e do Programa de Estimulação do Funcionamento Executivo (PEFE).

Como estagiária, o objetivo residiu em monitorizar as atividades realizadas, esclarecer as dúvidas que iam surgindo e potenciar a utilização das estratégias de compensação de forma a minimizar os erros.

### **Relações interpessoais**

Este tipo de sessões encontra-se a cargo dos psicólogos do centro, têm a duração de uma hora e trinta minutos e ocorre duas vezes por semana. Nestas sessões, o objetivo visa a estimulação e promoção de competências comunicacionais, neste sentido, dentro das componentes da comunicação, são trabalhadas áreas como planeamento, fluência e coerência do discurso, o tom de voz, a postura, o contacto ocular, entre outras. Cada



cliente prepara um texto através de guião de cada tema para apresentar ao grupo, no que se chama exercício de cadeira quente. Os exercícios têm uma sequência programada com crescente grau de complexidade e iniciam por uma autoapresentação, depois segue-se a apresentação de um sucesso pessoal alcançado pelo cliente e, o último tema caracteriza-se pela simulação de uma entrevista, semelhante à que foram submetidos para integrar o programa de reabilitação, no entanto, na realização de tarefa ocorre uma troca de papéis, o cliente ocupa o lugar do psicólogo (entrevistador) e este desempenha o papel de um cliente fictício. Inicialmente, está presente um cartaz com palavras-chave para auxiliar a apresentação, mas à medida que o grau de dificuldade vai aumentando, são apresentadas menos pistas ou de uma forma geral para que promover a independência.

São também nestas sessões que são apresentados, ao cliente e ao grupo os posters de cada um. Os posters, construídos pelos psicólogos apresentam a proposta da problemática/desafio fulcral que afeta o cliente, desencadeando as restantes reações desadaptadas, assim como o objetivo ou solução e diferentes estratégias a usar para lidar ou ultrapassar as dificuldades existentes.

Este tipo de sessões e exercícios permite promover a capacidade de insight no cliente e uma maior autoestima, assim como auxiliar a aceitação dos seus pontos fortes e perdas a nível cognitivo (Ben-Yishay e Diller (2011).

Nestas sessões, as psicólogas e estagiárias tiveram como função apresentar, orientar e dirigir os exercícios de comunicação e, assim como os restantes elementos do grupo, devolver feedback ao cliente sobre o seu desempenho e fornecer sugestões de melhoria para as seguintes apresentações.

### **Sessões individuais de Psicologia**

As sessões individuais de Psicologia decorrem uma vez por semana, com a duração de uma hora e meia. Inicialmente procede-se à recolha de anamnese e, após o estabelecimento da aliança terapêutica e de um espaço de confiança para a partilha e escuta, procede-se à intervenção nas problemáticas apresentadas pelo cliente assim como pretende-se verificar o estado de adesão e satisfação do cliente perante o programa e se existem alterações a realizar. Durante as sessões também é possível orientar e

auxiliar o cliente na preparação das apresentações nas sessões de grupo. Durante o período de estágio foi possível realizar o acompanhamento de dois clientes do início ao fim do programa de reabilitação neuropsicológica.

### **Oficina e Atelier**

Estas sessões ocorrem duas vezes por semana e têm a duração de uma hora e trinta minutos e como objetivo, visa o aproveitamento dos interesses dos clientes para realização de trabalhos manuais, com recurso a materiais reutilizáveis, de forma a trabalhar a motricidade fina. O conteúdo desses trabalhos encontrava-se dependente da criatividade e empenho de cada cliente. Nestas sessões foi possível verificar a construção de cadernos, roteiros turísticos, autorretratos, entre outros trabalhos.

### **Mindfulness**

O Mindfulness é caracterizado pela consciência emergente ao prestar atenção ao momento presente excluindo a ocorrência de julgamentos (Kabat-Zinn, 1981). Foi também descrito, posteriormente, como um processo de focar a atenção à experiência no momento presente, caracterizado por uma atenção plena (Bishop et al., 2006).

As sessões de Mindfulness ou participação plena ocorreram uma vez por semana durante oito semanas e cada sessão teve a duração de noventa minutos. Este tipo de sessão visa fazer com que os clientes tenham a oportunidade de se conectarem com o momento presente (tomada de consciência), através de exercícios de meditação, darem mais atenção aos seus sentidos e permitir-se simplesmente estar presente.

## **Outras atividades sem intervenção direta do psicólogo**

### **Autonomia**

Este tipo de sessão tem como objetivo, tal como o nome indica, tentar devolver ao máximo a autonomia e independência do cliente. Os clientes são responsáveis pela realização de um almoço semanal, ao qual tem de conciliar com um orçamento previamente estabelecido para os gastos necessários para a sua confeção, sendo que são

os próprios a dirigirem-se ao supermercado para efetuar a compra dos ingredientes. Os clientes encarregam-se igualmente de organizar saídas de acordo com os seus interesses como, por exemplo, uma ida ao porto, ao museu do carro elétrico.

### **Fisioterapia**

As sessões de Fisioterapia pretendem reabilitar o cliente a nível físico mediante as consequências originadas pela lesão cerebral.

### **Atividade Física Adaptada**

Tal como as sessões de Fisioterapia, a atividade física adaptada permite ao cliente a prática de exercício físico, adaptado às necessidades de cada um. Os clientes podem optar por diversos desportos, inclusive natação.

### **Terapia da Fala**

As sessões de Terapia da Fala pretendem reabilitar áreas prejudicadas pela lesão cerebral associadas, nomeadamente, à linguagem, comunicação e dificuldades ao nível da deglutição.

### **Terapia Ocupacional**

As sessões de Terapia Ocupacional auxiliam o cliente a adaptar-se à sua atual condição nas atividades de vida diária, são auxiliados com estratégias alternativas ao nível da alimentação, de vestuário, entre outras, com o objetivo de manter a autonomia e funcionalidade do cliente.

### **Técnicas da Informação e Comunicação (TIC)**

As sessões de TIC permitem aos clientes a aquisição de conhecimentos informáticos e a possibilidade de desenvolver competências alternativas de comunicação (p.e. correio eletrónico).

## Empregabilidade

As sessões de empregabilidade estão associadas à componente profissional. Neste tipo de sessão os clientes realizam tarefas como, por exemplo, a construção do *curriculum vitae* e simulação de uma entrevista de emprego.

## **Atividades em Contexto de Supervisão e Orientação**

### **Reuniões de Supervisão e Orientação**

O contexto de supervisão do estágio curricular esteve ao cargo da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Emília Areias, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde. As reuniões decorriam uma vez por semana e, durante este período, era realizado o balanço das sessões e atividades realizadas, esclarecimento de dúvidas acerca dos casos e hipóteses a levantar, assim como a preparação para a sessão seguinte. Este era também um espaço onde decorria a partilha e debate dos diferentes casos entre os colegas e supervisora.

### **Reuniões de Orientação**

A orientação durante o período de estágio esteve sob a responsabilidade da psicóloga da instituição acolhedora. Esta era realizada de forma diária e contínua, através das preparações de cada sessão, em grupo e individual, e através do feedback após cada sessão. Foram também realizadas reuniões com a equipa multidisciplinar para verificar a evolução dos clientes nos diversos domínios e realizar ajustes nos planos de reabilitação, caso fosse necessário.

## Caracterização dos Grupos Acompanhados

No decorrer do período de estágio foi possível acompanhar dois grupos de clientes em programa de reabilitação, nomeadamente, os grupos Reabilitação e Atualização de Competências pessoais e sociais em pessoas com Lesão Cerebral Adquirida 12 (RAC-LCA 12) e Reabilitação e Atualização de Competências pessoais e sociais em pessoas com Lesão Cerebral Adquirida 14 (RAC-LCA 14).

O grupo de RAC-LCA 12 era constituído por oito elementos, sendo que dois dos elementos eram do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. A idade mínima apresentada foi 31 anos e a idade máxima de 59 anos, constituindo assim uma média de idades de 45 anos ( $M=45,0$ ;  $DP=10,9$ ). A escolaridade dos clientes variou entre o 4º ano e a licenciatura.

Relativamente à origem das lesões cerebrais, cinco elementos sofreram AVC, um dos elementos apresentava um tumor cerebral, outro um TCE e outro uma encefalite autoimune.

No que diz respeito ao grupo de RAC-LCA 14, este era formado por nove clientes, oito do sexo masculino e um do sexo feminino. Quanto à idade, a idade mínima apresentada foi de 25 anos e a máxima de 57 anos, constituindo assim uma média de idades de 38 anos ( $M=38,5$ ;  $DP=11,6$ ). A escolaridade, assim como o grupo anterior, variou entre o 4º ano e a licenciatura.

Quanto à origem das lesões cerebrais, foram apresentados cinco casos de AVC, três de tipo hemorrágico e dois do tipo isquémico, três casos de TCE e um caso de tumor cerebral localizado no hemisfério esquerdo com exérese subtotal.

## **Acompanhamento de Casos Clínicos**

No decurso do estágio curricular, para além de integrar as sessões de grupo, foi possível realizar o acompanhamento psicológico de dois clientes do início ao fim do programa de reabilitação. Seguidamente, são apresentados de forma detalhada ambos os casos e demonstrado o processo de intervenção psicológica realizado em cada um deles.

### **Caso Clínico – J**

#### **Dados Sociodemográficos**

J tem 35 anos, é solteiro e natural das Caldas da Rainha, cidade situada no distrito de Leiria. Atualmente vive com os pais, o pai com 72 anos, é reformado por invalidez devido a doença oncológica, tendo exercido anteriormente a profissão de agricultor, e a mãe, tem 65 anos e é auxiliar de lar, tem ainda uma irmã, com 40 anos que desempenha a função de higienista oral no centro de saúde da cidade. Teria ainda um irmão mais velho, que faleceu à nascença. Completou o 12ºano de escolaridade e posteriormente, como profissão, trabalhou no ramo de hotelaria, como subchefe de sala num hotel 5 estrelas.

#### **Natureza do Pedido**

O pedido realizado para o doente integrar um programa de reabilitação no centro foi efetuado pelo próprio e família, com o objetivo de melhorar sequelas originadas por acidente de mergulho e afogamento e, se possível, regressar ao mundo laboral.

## Genograma

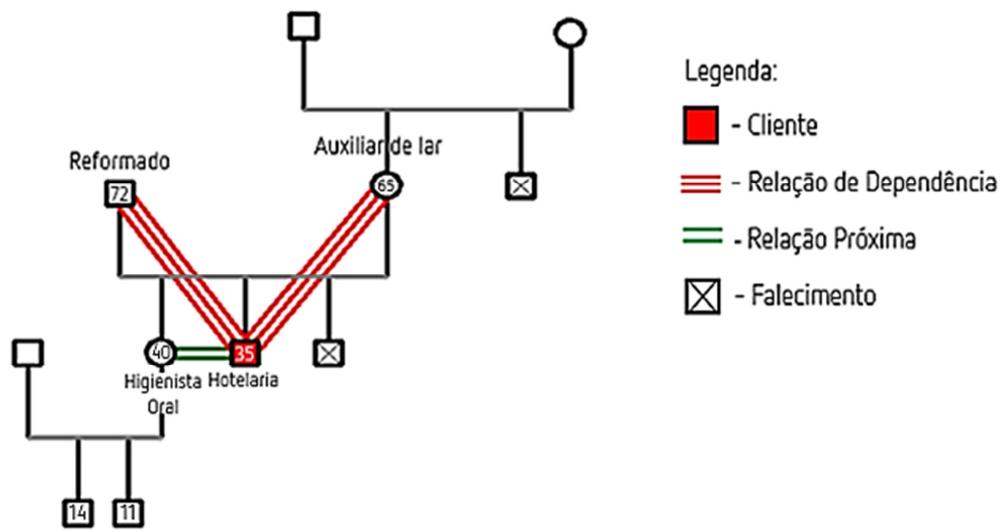


Figura 1. *Genograma de J*

## História Pessoal

J teve uma infância e percurso escolar normais, sem reprovações, porém, por volta dos dezassete anos entrou no que diz ser uma idade perigosa, uma vez que gostava de testar os limites, começou a andar de mota a grande velocidade sem respeitar as regras de condução e, nessa altura, encontrava-se a tirar o curso de electricista, mas desistiu porque não estava a gostar. Aos dezoito anos o pai ofereceu-lhe um carro afastando a ideia das motas, ao que hoje disse estar agradecido por esse presente pois disse tê-lo feito atinar e que, da maneira que conduzia as motas, talvez atualmente já não estivesse cá. Começou a trabalhar num restaurante, onde se interessou pela área de hotelaria e, neste sentido, tirou o 12º ano com o curso de Hotelaria. A partir daí, fez várias formações por Lisboa, começando a trabalhar em hotéis e constantemente surgiam novas oportunidades de trabalho em melhores hotéis e com melhor remuneração.

Há cerca de doze anos deu-se a origem da lesão cerebral, quando frequentava já a universidade, teve um acidente ao mergulhar no mar, batendo com a cabeça num banco de areia o que, como consequência, originou a ocorrência de um TCE e posterior episódio de afogamento. A essa altura, tinha conseguido atingir um dos seus objetivos iniciais de alcançar um lugar de subchefe num hotel de 5 estrelas, encontrando-se numa situação estável e confortável.



Relatou que o seu problema foi "*querer tudo ao mesmo tempo*", chegou ao ponto de apenas dormir 2h horas por dia, tinha o dia todo preenchido, trabalhava, estudava e saía com os amigos, sem tempo para descansar. Neste sentido, o paciente vivia sentimentos de culpa pelo acidente de mergulho que sofreu, salientou que teve um tio que morreu afogado na foz e desde pequeno sempre teve cuidado na água, aprendeu e começou a nadar desde muito pequeno, e estava sempre atento e referia não entender como não se apercebeu que haviam mexido na areia da lagoa (fundo).

Quanto à vida social, salientou que os amigos que tinha, passaram a ser conhecidos, sente que ele parou no tempo e eles continuaram, mas que fica contente por eles. Está sozinho e gosta de estar assim ou pelo menos acha, não sente revolta, mas diz que é estranho.

Relativamente às atividades que realizava para passar o tempo, destacou que gosta de ajudar os outros, particularmente, o pai, na alimentação dos animais e agricultura. Sente falta da adrenalina e de estar ocupado como antes estava, todo o dia.

## **História Clínica**

J. foi vítima de afogamento em água salgada em 10/08/2007, com paragem cardiorrespiratória, encefalopatia anóxica, pneumonia de aspiração e fratura de vértebras cervicais, resultando em desnervação na cervical. Sem epilepsia pós-traumática.

Realizou internamento no Hospital termal da Caldas da Rainha, durante 4/5 meses. Quando voltou para casa manteve sessões de Fisioterapia em regime ambulatorio, e Psicologia durante 1 ano. Não realizou qualquer tipo de terapias desde então (cerca de 10 anos).

Tem atestado médico multiusos, com incapacidade permanente global de 80%, recorreu para reforma por invalidez.

O paciente afirmou não ter sido socorrido devidamente, na medida em que foi examinado e tratado apenas por afogamento e negligenciaram a lesão que tinha na coluna, que só foi tratar após alguns meses da saída do hospital, tratamento realizado através de estiramentos.

Como principais dificuldades após o acidente salientou apenas a presença de tremores das mãos, que o incomoda bastante pois é o que mais lhe faz falta para trabalhar na área que aprecia, a escrita e a falta de sensibilidade em tudo o que envolva a motricidade fina, e ainda queixas relativas à memória, disse ser algo que já melhorou bastante desde o acidente mas pelo que os outros dizem ainda esquece algumas coisas. É independente nas atividades de vida diária.

No que diz respeito a toma de medicação, o cliente realizou tratamento farmacológico à base de Ritalina por um período de 2 anos e, atualmente ainda realiza toma de medicação para auxiliar a atenuar as dores a cervical e os tremores das mãos.

Sem antecedentes relevantes.

### **Observação Comportamental**

No que diz respeito à observação comportamental realizada, foi possível constatar que, particularmente nas primeiras três a quatro sessões, J não conseguia estabelecer contacto visual, sendo que muitas das vezes, inclusive durante o seu discurso, direcionava o seu olhar para o vazio como forma de evitamento. Foi igualmente visível uma postura rígida e caracterizada pela ausência de movimentos ou gestos durante os períodos de comunicação. Com o decorrer das sessões este tipo de comportamento tornou-se menos visível até se dissipar por completo, dando lugar a um espaço de diálogo aberto uma vez estabelecida a aliança terapêutica.

### **Avaliação Neuropsicológica de J**

Para a avaliação neuropsicológica foi utilizada uma bateria de provas de avaliação estandardizadas e validadas para a população portuguesa, que foi complementada com outros testes ajustados aos défices do cliente.

## **Avaliação breve do estado mental**

MoCA= 18/30 (M=27.39; DP=1.86). Resultado abaixo da média em grau severo, para a sua faixa etária e escolaridade\*.

Na tarefa de evocação diferida, beneficia de forma intermitente com pista semântica e no reconhecimento.

ACE-R = -/100

Atenção e orientação = 15/18

Memória = 19/26

Fluência = 8/14

Linguagem = -/26

Visuo-espacial = 13/16.

## **Atenção e concentração - Trail Making Test**

Parte A = 66, valor abaixo da média em grau severo para a idade e escolaridade\*.

Parte B = 131. Valor abaixo da média em grau moderado para a idade e escolaridade.

Estes resultados são sugestivos de alterações na velocidade de processamento, atenção sustentada, dividida e flexibilidade cognitiva.

## **Funções executivas**

INECO= 18/30 (M=24.6; DP=2.8).

Este resultado encontra-se abaixo da média em grau severo para a sua idade e escolaridade\*.

## **Fluência Verbal (FV)\***

FV Semântica = 13, resultado indicativo de alteração moderada para a idade e escolaridade.

FV Fonémica (p) = 9, resultado normal para a idade e escolaridade.

### **Funções visuoespaciais - Teste do Desenho do Relógio**

PB= 9/18 (M=16.91; DP=1.4), dados normativos para o sistema de cotação de Babins e colaboradores. Este resultado encontra-se abaixo da média em grau severo para a sua idade e escolaridade\*. A análise qualitativa identifica erros de planeamento, espaciais, conceituais e perseveração.

### **Perceção e memória visual - Figura Complexa de Rey**

Cópia = 30/36 (M=31.17; DP= 3.62) Percentil 40, valor dentro da média para a sua idade. Alteração severa no tempo de cópia (6 minutos) relativamente à média normativa (M= 3.9; DP=1.17) \*.

Tipo IV de cópia, pouco frequente na sua faixa etária.

Reprodução = 19/36 (M=18.9; DP= 5.41) Percentil 50, valor na média do grupo etário.

### **Memória verbal - AVLT**

Aprendizagem Total = 28, alteração severa para a idade e escolaridade.

Aprendizagem ao longo dos ensaios = 8, alteração ligeira para a idade e escolaridade.

Reconhecimento < Percentil 5 – alteração severa

### **Memória de Trabalho - WMS III**

Memória de trabalho – Somatório de pontuações escalares = 15; índice 87; Percentil 19 no índice de memória de trabalho, sugestivo de ausência de alteração na memória de trabalho\*.

### **QI Pré-mórbido - TELP**

QIEC = 115; QIV=116; QIR = 111

QI pré-mórbido provável normal.

### **Estabilidade do humor - HADS**

Ansiedade= 6; Depressão= 11.

Sintomatologia depressiva moderada.

\*Para definição do grau de défice foram considerados valores abaixo de 1DP; 1,5DP e 2DP, ligeiro, moderado e severo, respetivamente.

## **Intervenção Psicológica**

A intervenção psicológica aplicada nas sessões individuais de Psicologia seguiu a estrutura de um dos modelos teóricos aplicados no centro, a *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), que tem como objetivo final promover a flexibilidade cognitiva, passando por seis processos: *Contacting the Present Moment (Be Here Now)*; *Defusion*; *Acceptance*; *Self as context*; *Values* e *Committed Action (Do what it takes)* (Harris, 2019). Neste sentido torna-se pertinente conceptualizar o caso segundo esta teoria e apresentar a intervenção realizada em cada um dos processos.

### **Concetualização do caso segundo a ACT (Adaptado/Traduzido de Jason Lillis & Jason Luoma, 2005) e Intervenção**

#### **1. Apresentar o problema do cliente nas suas palavras**

##### **- Objetivos terapêuticos/o que quer com a terapia;**

O cliente apresentou como principal problema iniciar atividades, após o acidente, isolou-se de tudo, perdendo rotinas e contacto com as pessoas que o rodeavam.

Ao ingressar no programa de reabilitação no centro, o cliente objetivava voltar a socializar com outras pessoas, voltar a sentir-se ativo e útil para os outros e, se possível, voltar a trabalhar. Neste sentido os principais objetivos terapêuticos direccionaram-se a reativar interesses e dinâmicas.

## 2. Pensamentos, emoções, memórias, sensações, cenários que o cliente não quer experimentar?

O cliente não gostava de falar sobre si "*Sobre mim nada é importante*", não era capaz de se valorizar ou valorizar as suas conquistas "*Não me valorizo porque agora não faço nada bem como antes, não sou capaz*". "*Eu não tenho nada de especial em relação às outras pessoas*", achava a sua opinião irrelevante "*A minha opinião não é importante. É só mais uma no meio de tantas*", não expressava qualquer tipo de emoção "*Não é importante mostrar a emoção. Não tem lógica porque não vai resolver nada que esteja por resolver*".

O cliente apresentava resistência em pedir ajuda e medo da exposição/fragilidade "*Pedir ajuda é um sinal de fraqueza. Porque sempre que pedimos ajuda ficamos à mercê de alguém*".

Apresentava ainda evitamento em relembrar o passado "*Não gosto de me lembrar do que já fui porque traz-me saudades de algo que não posso voltar a ser*" e "*Esse J. morreu no dia do acidente*".

## 3. O que faz para evitar?

Como comportamento direto, o cliente deixou de trabalhar porque não conseguir atingir o mesmo desempenho que tinha antes do acidente e deixou de praticar exercício físico (corrida), porque o corpo não apresenta a mesma resistência.

No que diz respeito a estratégias de controlo emocional internas e externas, o cliente fazia evitamento consciente da sua componente emocional.

Relativamente a padrões de controlo na sessão, o cliente frequentemente apresentava fuga de pensamento quando questionado sobre a sua vida anterior ao acidente "*Não me lembro*" e mudava de assunto quando se falava sobre a sua vida profissional.

O cliente apresentava ainda mecanismos de defesa que promovem o evitamento da exposição emocional "*Eu desiludo-me com tudo. Quando conheço pessoas coloco sempre as expectativas muito altas e as pessoas acabam sempre por me desiludir.*", "*Eu desisti de estar bem. Sempre que estou bem acontece algo para estragar tudo, então prefiro não estar bem*".

#### **4. Fatores motivacionais relevantes**

O maior valor que movia o cliente era o trabalho e as suas atitudes direcionavam-se em prol desse objetivo. O cliente era ainda motivado pela necessidade de se sentir disponível para ajudar os outros.

#### **5. Barreiras contextuais à mudança**

O cliente apresentava como principais barreiras à mudança, o constante medo de falhar e o medo de arriscar e sair da sua zona de conforto o que, conseqüentemente, origina a incapacidade de tomar a iniciativa de realizar atividades.

#### **6. Fatores que contribuem para a inflexibilidade psicológica?**

Como fatores que contribuíram para inflexibilidade psicológica são de salientar, nomeadamente, o constante medo de falhar, a dificuldade em descrever e expressar sentimentos e necessidades, muito baixa tolerância a experiência (mindfulness) emocional e excessiva racionalização. São ainda de realçar como fatores o isolamento social ocorrido após o acidente, a vulnerabilidade para desenvolver depressão devido a passar um longo período de tempo sozinho e a impossibilidade de comprometimento em objetivos ou metas a longo prazo.

#### **7. Que partes da intervenção ACT devem ser destacadas?**

Como partes da intervenção ACT em destaque, realçam-se as fases Defusion e Acceptance, uma vez que foram as fases que mostraram mais resistência à adesão por parte do cliente, mas por outro lado, foram as que revelaram maiores benefícios para o cliente e, nomeadamente, as que mais pesaram para a mudança de pensamento e comportamento.

Em suma, o objetivo da ACT de promover a flexibilidade psicológica foi alcançado, uma vez que foi verificada uma mudança de pensamento e comportamento assim como a aceitação do que aconteceu de uma forma saudável e positiva.

#### **8. Forças do cliente**

O cliente demonstrava ser dedicado, assertivo, paciente, ponderado e sociável.

## 9. Plano de intervenção

O plano de intervenção foi baseado no modelo teórico da ACT e as suas fases constituintes, trabalhadas à medida que as problemáticas iam surgindo no contexto das sessões individuais. Neste sentido passa-se por exemplificar detalhadamente cada fase:

- Contacting the Present Moment (Be Here Now) - O cliente muitas vezes durante as sessões, apresentava fugas de pensamento, desconectando-se do momento presente, refugiando-se no vazio. De forma a voltar a conectar o paciente com o momento presente, o mesmo era chamado à atenção com questões como "Em que estava a pensar?" ou "Para onde foi?" ao que o mesmo retornava a sua atenção.

- Defusion – O cliente referiu inúmeras vezes durante as sessões que era o culpado pelo acidente que lhe tinha acontecido, "*O acidente foi um erro meu, foi um erro e grande*", pelo facto de um tio do mesmo ter falecido no mesmo local onde o cliente teve acidente, sendo desde muito cedo avisado para ter cuidado com a água. Com o decorrer das sessões o pensamento do cliente foi sendo alterado e conseguiu entender que o acidente representava um acontecimento que podia ter ocorrido a qualquer outra pessoa "*Aprendi a desculpar-me e a compreender melhor o que me aconteceu*".

- Acceptance – Apesar do cliente demonstrar resistência para expressar as suas emoções, foi sempre referido que o espaço da sessão era um lugar seguro e de confiança para o fazer. Durante o decorrer das sessões o cliente optava sempre por evitar entrar em contacto com as suas emoções ou simplesmente evitava falar sobre elas, no entanto, na última sessão ocorreu uma catarse emocional por parte do mesmo, na qual o cliente confidenciou que se sentia mais aliviado, mais livre, como se lhe tivesse saído um peso dos ombros. Nesta fase, de forma a dissipar o sentimento de culpa presente relativo ao acidente, foram realizados exercícios de situações hipotéticas que promoviam a ativação da voz passiva, uma vez que a voz ativa/crítica estava sempre muito presente.

- Self-as-context/ the observing self – Durante as sessões foi possível observar que a voz crítica acerca do self esteve sempre muito presente em inúmeras intervenções. O mesmo demonstrou ser uma pessoa perfeccionista, exigente e autocrítica consigo mesma.



São de realçar exemplo de verbalizações como *"Como sou mais crítico, eu posso fazer as coisas de maneira perfeita, mas posso sempre fazer melhor"*, *"Não gosto de errar"*, *"Penso muito nas coisas antes de falar"*, *"Estou sempre a treinar a escrita, porque tinha a letra muito mais bonita antes"*.

- Values – O maior valor que move o cliente é o trabalho e as suas atitudes direcionavam-se em prol desse objetivo. *"Sempre quis ser o melhor no que fazia"*. O cliente era ainda motivado pela necessidade de se sentir disponível para ajudar os outros *"Quero voltar a sentir-me útil para as outras pessoas"*.

- Committed Action (Do what it takes) – Após o acidente o cliente ficou muito tempo isolado da sociedade, no sentido de contrariar esta situação, o cliente foi incentivado a voltar a entrar em contacto com os amigos dos quais se tinha afastado. O cliente referiu posteriormente que tinha voltado a estar com os amigos nos fins de semana. *"Voltei a estar com os meus amigos no fim de semana e gostei muito"*

Outro dos objetivos do cliente era o de melhorar a memória, neste sentido, começou a utilizar estratégias como registos no telemóvel, registos em blocos de notas, entre outros. *"Já me lembro de muita coisa do dia anterior"*. O cliente retornou a um hábito antigo, o de escrever num diário e, como forma de facilitar a memorização dos eventos, uma outra estratégia aplicada foi a das 5 perguntas de Bárbara Wilson (O que? Quando? Onde? Como? Com quem?), para que se tornasse mais fácil a contextualização das situações, auxiliando assim a recordação e evocação das mesmas.

O objetivo principal e grande desafio do cliente caracterizava-se por iniciar atividades e voltar a sentir-se ocupado, neste sentido, a realização de diferentes atividades no centro promoveram a criação de novas rotinas e hábitos. *"Estou a gostar muito de estar aqui porque já há muito tempo que não me sentia assim ativo a fazer coisas"*

Ainda assim, como forma de evitamento à experiência emocional, o cliente demonstrou inúmeras vezes mecanismos de defesa como por exemplo a racionalização excessiva. *"Não é importante mostrar a emoção. Não tem lógica."*

## Reflexão do Caso Clínico J

Durante as dezasseis sessões individuais de Psicologia foram trabalhadas três grandes problemáticas apresentadas pelo cliente: a aceitação e consciencialização da sua nova realidade; reestruturação cognitiva com enfoque no sentimento de culpa sobre o evento ocorrido e reativação de interesses e dinâmicas (combate ao isolamento social e criação de novas rotinas diárias).

O período de acompanhamento psicológico de J foi desafiante no sentido que, inicialmente, o cliente demonstrou ser muito fechado e apresentava resistência a qualquer tipo de aproximação ao seu lado emocional e, por consequência, durante algumas sessões o mesmo tentava “fugir” do que lhe causava desconforto, mudava de assunto várias vezes, o que chegava a ser uma condicionante para as sessões. Foi uma longa caminhada até que tivesse sido possível a transformação do sentimento de culpa em relação ao acidente num sentimento de responsabilidade e ter sido possível largar aquele peso que carregava há anos. Uma grande conquista alcançada foi o facto de o cliente ter conseguido conectar-se com o seu lado emocional, que se encontrava “desligado” desde o acidente.

## Caso Clínico – F

### Dados Sociodemográficos

F. tem 34 anos, é solteira, natural de Miragaia e reside atualmente na Senhora da Hora, concelho de Matosinhos, no distrito do Porto. Vive atualmente com a mãe, de 68 anos e tem uma licenciatura em Educação de Infância. Relativamente à profissão, a última atividade exercida foi a de guarda-freios na empresa Sociedade de Transportes Coletivos do Porto (STCP), encontrando-se de baixa médica.

### Natureza do Pedido

O pedido e encaminhamento foi realizado por uma outra instituição de reabilitação, solicitando o apoio para reabilitação de alterações decorrentes de lesão cerebral, principalmente consequências a nível de fala e comunicação.

### Genograma

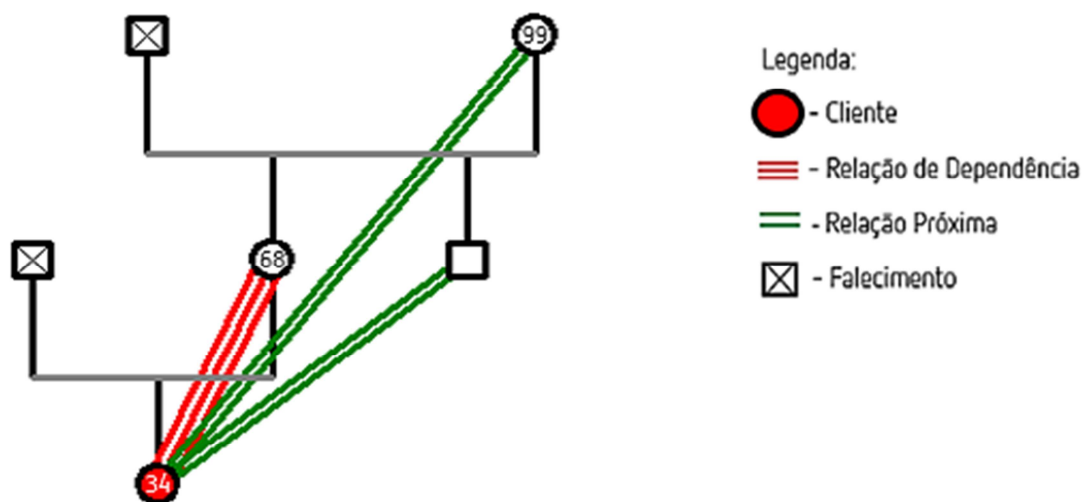


Figura 2. Genograma de F

### História Pessoal

F tem 34 anos, é natural de Miragaia, mas a residir na Senhora da Hora, concelho de Matosinhos, com a mãe, de 68 anos, a exercer a profissão de secretária; o pai já faleceu há alguns anos, mas não conseguiu precisar a data de falecimento e é filha única. Foram

salientados como familiares próximos a avó materna, com 99 anos, empregada de limpeza e um tio materno. Relatou ter tido uma infância e percurso escolar normais e é licenciada em Educação de Infância.

Após a conclusão dos estudos universitários ingressou no mercado laboral, realizando estágios na sua área de formação e exerceu atividade como educadora de infância durante pouco tempo, mas devido a dificuldades na colocação, começou a procurar emprego noutras áreas. Desempenhou funções de guia turística no Museu do carro elétrico, em regime de part-time, e nessa altura decidiu tirar carta de condução de autocarros elétricos.

Atualmente é guarda-freios nos STCP do Porto, conduzindo os elétricos, embora, dada a sua condição de saúde, se encontre de baixa médica. Domina de uma forma básica as línguas espanhola, francesa e inglesa, por estar habituada a falar com os turistas. Quanto à vida social, apenas salientou que sai com amigos e com a mãe.

Relativamente aos passatempos, gosta de passear o cão, passear a pé ou de carro pela cidade, de ir ao Porto e ver o rio na ponte D. Luís.

## **História Clínica**

F sofreu um AVC isquémico em junho de 2018, estava em casa quando foi encontrada caída na casa de banho com alterações na fala e diminuição de força no lado direito do corpo.

Como consequências da lesão cerebral, foi possível verificar: Heminégligência à esquerda, afasia, apraxia, paralisia do membro superior direito e força muscular diminuída do membro inferior direito, marcha auxiliada realizada com recurso a bastão e suporte “foot-up” para estabilização do pé. A nível cognitivo verifica-se declínio acentuado das funções mentais, em particular, memória, atenção, raciocínio lógico, orientação e linguagem. Apresenta independência modificada para a realização das atividades diárias de rotina, nomeadamente, alimentação, higiene e vestuário, sendo auxiliada e supervisionada essencialmente pela mãe.

No que diz respeito a antecedentes, são de salientar a presença de hipertensão arterial, dislipidemia, desvio do septo nasal, patologia valvular na válvula aórtica de morfologia tricúspide e provável patologia autoimune em estudo.

Como hábitos de consumo de risco, destaca-se apenas o consumo tabágico, de 1 maço por dia. Relativamente a toma medicação prévia à ocorrência do AVC, F já se encontrava a tomar medicação para hipertensão arterial e atualmente está a realizar toma de medicação para atenuar as dores consequentes do AVC.

### **Observação Comportamental**

Durante as primeiras sessões realizadas F apresentava muito pouca motivação para a realização de exercícios solicitados e fadiga com grande facilidade, vestia maioritariamente peças de vestuário de cor escura e demonstrava algum desleixe relativamente à sua aparência.

Com o decorrer das sessões, a motivação de F foi visivelmente aumentando, assim como a vontade de realizar as atividades e estar presente nas sessões, foi igualmente visível um aumento ao nível da autoestima e autocuidado da sua aparência, pela passagem ao uso de vestuário com cores vibrantes, às idas ao cabeleireiro e começar a usar maquiagem.

### **Avaliação Neuropsicológica de F**

Devido às dificuldades apresentadas por F, a avaliação neuropsicológica foi bastante condicionada e apenas foi possível aplicar dois instrumentos de avaliação.

#### **Avaliação do estado breve mental**

MoCA = 6/30 (M=28.83; DP=1.38)

Resultado abaixo da média em grau severo, para a sua faixa etária e escolaridade.

#### **Funções Executivas**

INECO = 8.5/30 (M = 26.3 DP = 2.6)

Resultado abaixo da média em grau severo, para a sua faixa etária e escolaridade.

## **Intervenção Psicológica**

F apresentou como principal problemática, além das particularidades apresentadas a nível físico, a dificuldade na comunicação. Neste sentido, o processo de intervenção psicológica teve como foco a implementação de estratégias de comunicação alternativa.

Inicialmente foi explicado a F que a comunicação não se resume apenas à fala (linguagem) e que esta é apenas uma das diversas formas de comunicação, a comunicação verbal.

Uma vez que o domínio da linguagem se encontra prejudicado devido à afasia e apraxia causadas pelo AVC, as estratégias a utilizar são, maioritariamente, focadas na comunicação não verbal, onde é possível salientar a mímica (gestos), expressões faciais e escrita, no entanto, como ocorreu paralisia da mão dominante (destra) e F não realizou transferência para a mão esquerda, a técnica de comunicação através da escrita não foi utilizada.

Assim sendo, passamos então às estratégias implementadas.

### **Vocabulário**

Foi aconselhado a F a utilização de palavras-chave e o evitamento de frases muito longas ou palavras com muitas sílabas de forma a facilitar a comunicação. Simultaneamente foi sugerido que aumentasse o tom de voz ao tentar comunicar pois, muitas vezes, pelo receio de não ser compreendida F utilizava um tom de voz muito baixo quase inaudível.

A leitura de cartões foi também outra atividade realizada em sessão, sílaba a sílaba. O jogo do stop, conhecido por ser usualmente utilizado na infância como um jogo que envolve a categorização de diferentes temas (nomes, países, animais, objetos...), foi também utilizado para treinar a leitura, para avaliar a capacidade de nomeação, evocação, entre outras componentes.

### **Mímica**

Durante algumas sessões, foi pedido a F que representasse algumas ações de rotina diária através da utilização do corpo, por gestos e expressões faciais. Através da utilização de

ferramentas disponíveis no centro (p.e Color Cards e Verbos A a Z), F era capaz de exemplificar ações do dia-a-dia como cozinhar, varrer, vestir, caminhar, entre outras.

### **Ferramentas eletrônicas**

Quando F não conseguia transmitir o que desejava aos restantes pela fala, era solicitado que escrevesse no telemóvel. Muitas vezes F recorreu ao telemóvel para exemplificar a sua atividade profissional, os sítios onde gostava de passear, mostrando fotografias. O Facebook foi também uma ajuda a que recorreu quando necessitava de evocar o nome de uma pessoa.

As sessões de grupo nas quais decorriam as apresentações foram também muito importantes para que F perdesse o medo de participar e comunicar, a sua intervenção nessas sessões foi sempre incentivada quer pelos profissionais de saúde quer pelos colegas do grupo e sabe-se que o desenvolvimento da linguagem permite e é potencializado ao mesmo tempo pelo aspeto social ou sociedade (Vygotsky, 2003).

Ainda relativamente às apresentações de F ao grupo, devido às suas dificuldades, as apresentações eram auxiliadas por suporte PowerPoint com ideias-chave para ajudar a evocação da informação necessária e para uma melhor compreensão dos colegas do grupo. As apresentações em PowerPoint foram construídas nas sessões de Psicologia e, uma vez que o discurso de F era ainda muito confuso, era solicitado o apoio da mãe de F para verificar a informação dada e também para realizar o treino das apresentações.

No que diz respeito ao encaminhamento, uma vez que o processo de reabilitação de F ainda se encontrava numa fase muito prematura, com poucos meses decorridos em reabilitação, F foi encaminhado para o Instituto Português da Afasia, localizado em Matosinhos, frequentados por pacientes que se encontram na mesma situação de F e que enfrentam dificuldades semelhantes.

## Reflexão do Caso Clínico F

O acompanhamento do caso de F foi um desafio principalmente por se tratar de um caso onde a comunicação se encontrava condicionada e, inicialmente, existia muita resistência em utilizar estratégias de comunicação alternativa.

Ao longo de quinze sessões individuais de Psicologia realizadas foi possível verificar uma evolução na forma de comunicar de F, que inicialmente demonstrava muita resistência quando solicitada a participar e realizar tarefas que envolvessem comunicar, pois quando não era compreendida começava a sentir frustração e pedia para não continuar os exercícios, dizendo que estava cansada. Com o decorrer das sessões, não só foi notório um aumento da motivação de F como era a mesma a pedir exercícios que envolvessem a componente comunicacional.



## Reflexão Final

O percurso decorrido durante os últimos meses demonstrou ser um período de uma grande aprendizagem e crescimento pessoal. O estágio curricular decorre como um primeiro confronto à área profissional na qual se pretende exercer e a todos os desafios que a mesma acarreta.

O primeiro desafio residiu na adaptação, a um espaço novo, a novas pessoas e a novas rotinas. O impacto de observar outras realidades diferentes da nossa é grande e verificamos que a sociedade não está preparada para lidar com handicaps que podem acontecer a qualquer pessoa.

No centro, inicialmente o que aprendi baseou-se na observação, observar os profissionais, os clientes, as atividades, as rotinas para que, posteriormente, pudesse integrar no corpo responsável por um grupo de pessoas. Enquanto estudante, estava habituada a ser responsável apenas por mim e agora como estagiária, deparei-me ser responsável por outras pessoas e a diferença é muito grande, ter a noção que a nossa ação pode ter uma consequência no outro.

Após o período de observação, comecei a integrar as atividades e a realizar avaliações neuropsicológicas, este foi também um obstáculo a ultrapassar, uma vez que o tipo de entrevista é específico e existem testes a aplicar que me eram desconhecidos, mas o estudo de novos instrumentos presentes no protocolo de avaliação foi uma tarefa que possibilitou a aquisição de novos conhecimentos que guardo para o futuro.

Outro momento desafiante foi o estabelecimento da aliança/relação terapêutica em ambos os casos clínicos, no meu caso, vemo-nos no lugar do outro, e realizámos que é difícil desabafarmos ou contarmos a nossa história a alguém que não nos conhece de lado algum. O período de baixar a guarda é um processo que requer algum tempo e paciência e, muitas vezes, esse tempo de espera causava um sentimento de frustração.

Mas rapidamente este sentimento se dissipou e uma vez criada a relação terapêutica, senti que esta se assemelha metaforicamente à queda de um muro que separa psicólogo e paciente e que, após isso acontecer, ocorre a abertura de uma porta que permite a intervenção.

O processo de intervenção psicológica foi igualmente um momento desafiante, estava presente a insegurança nas hipóteses levantadas e o medo de errar, mas, com o apoio das psicólogas mais experientes foi possível chegar a planos de intervenção conscientes e coerentes para cada caso.

A sessão final realizada pelos clientes foi também um momento marcante e de grande gratificação pois representou o culminar de todo o programa e toda a evolução dos clientes. Este momento gerou em mim um sentimento de dever cumprido.

No final, penso que a melhor recompensa recebida foi o agradecimento dos clientes, verificar a mudança alcançada e a motivação para o futuro. É gratificante ver que a nossa intervenção sortiu o efeito desejado no outro.

Deste feito, foi retirado um balanço muito positivo da experiência realizada.

## Bibliografia

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

Ben-Yishay, Y., & J. Gold. (1990). Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation. In R. Wood (Ed.), *Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury* (pp. 194-215). Philadelphia: Taylor & Francis Ltd.

Bishop et al. (2006). *Mindfulness: A Proposed Operational Definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.

Cancela, D. (2008). *O acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação*. Portal dos Psicólogos, 1-18.

Guerreiro, S. (2014). *Avaliação dos impactos de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica: medidas de ativação cerebral, funcionamento cognitivo, estabilidade emocional, funcionalidade e qualidade de vida*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Kabat-Zinn, J. & Burney, R. (1981). *The clinical use of awareness meditation in the self-regulation of chronic pain*. *Pain*, 11.

Prigatano, G. (2005). *A history of cognitive rehabilitation. Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. New York: Oxford University Press.

Vygotsky, L. (2003). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*, Tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6ª ed. São Paulo.

Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P., Esmilie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Suffolk: Thames Valley Test Company

Wilson, B. (2003). Rehabilitation of memory deficits. *Neuropsychological rehabilitation, theory, and practice*, 71-88.

Wilson, B., Gracey, F., Evans, J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation - Theory, Models, Therapy and Outcome*. New York: Cambridge University Press.

Wilson, B. (2009). *Evidence for the effectiveness of neuropsychological rehabilitation. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome* New York: Cambridge University Press;

## Anexos

## J

**DESAFIO:** iniciar atividades

**OBJETIVO:** reativar interesses e dinâmicas

**ESTRATÉGIAS:**

Para conectar corpo e mente vou:

- Criar rotinas (desporto, lazer, ...)
- Definir objetivos e metas: concretos e a curto-prazo
- Fazer um plano de ação
- Desafiar-me: sair da zona de conforto.

## Anexo B - Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional de J

### Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional

Nome	J
------	---

#### 1. Impactos do acidente na funcionalidade e potencial de desenvolvimento

35 anos de idade, vive com os pais em Caldas da Rainha, distrito de Leiria. Concluiu o 12º ano de escolaridade, através da frequência de Curso Profissional de dupla certificação na área de Hotelaria, após o qual ingressou no ensino superior.

Iniciou atividade profissional aos 16 anos, em regime de part-time e períodos de férias na área da restauração e hotelaria, tendo exercido sempre funções neste ramo, em simultâneo com os estudos. Após o acidente que sofreu voltou a exercer funções de empregado de mesa, mas sentiu que não tinha o mesmo desempenho o que lhe gerou frustração, tendo decidido não dar continuidade a essa atividade. Não teve nenhuma outra experiência profissional depois disso. Atualmente encontra-se desempregado, e sem grandes atividades estruturadas, prestando apoio aos pais na gestão doméstica.

Sofreu acidente de mergulho em agosto de 2007, com paragem cardiorrespiratória, encefalopatia anóxica, pneumonia de aspiração e fratura das vértebras cervicais. Apresenta alterações nas funções neuromuscoloesqueléticas (alterações na força dos membros superiores e na motricidade fina), mentais (energia e dos impulsos, velocidade psicomotora, atenção, memória, funções cognitivas de nível superior, emocionais). As alterações acima referidas têm impactos na sua capacidade de participação e realização de atividades nos seus diversos contextos de vida. Atualmente conduz, e tem autonomia na realização das atividades de vida diária, necessitando de supervisão na realização de algumas como por exemplo a toma da medicação. Apresenta ritmo lentificado e dificuldade de iniciativa.

Manifesta interesse no desenvolvimento de competências que possibilitem a reconstrução de um projeto de vida ativa. Encontra-se motivado para a reabilitação e recuperação das alterações decorrentes da sua lesão cerebral, designadamente em termos de maior iniciativa com vista a maior participação social, e na compensação das alterações apresentadas, com vista à reconstrução de um projeto de reintegração socioprofissional.

#### 2. Projeto de reabilitação e reintegração na vida ativa e profissional

O projeto de J concretiza-se através da participação no programa de Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais especificamente orientado para a lesão cerebral adquirida, com o objetivo de reabilitar e/ou compensar as competências cognitivas em défice, aumentar os seus níveis de participação social, promover uma maior aceitação da sua condição atual e desenvolver estratégias compensatórias para as alterações cognitivas. Perspetiva-se que posteriormente, e dependendo dos resultados obtidos, beneficie de formação profissional com vista à reconversão profissional, e/ou apoio na medicação com oportunidades de reintegração socioprofissional

### 3. Intervenções

Participação na ação de Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais - Lesão Cerebral Adquirida (RAC-LCA), com duração de 600 horas. Posteriormente, e mediante os resultados que vierem a ser alcançados no âmbito dessa ação, será definida a etapa seguinte do seu projeto de reabilitação e reintegração.

Domínios	Objetivos	Durações
Orientação para o desempenho	A. Aprendizagem e treino de estratégias de compensação. B. Ativar estratégias de coping, C. Desenvolver capacidade de autoavaliação.	50 h
Comunicação e relações interpessoais	D. Consolidar competências de comunicação interpessoal.	75 h
Autonomia no quotidiano	E. Desenvolver competências para a realização autónoma das atividades de vida diária, compatíveis com o seu quadro funcional.	125 h
Competências para a vida diária	F. Promover o bem-estar físico através da prática de atividade física adaptada. G. Aprendizagem das tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	100 h
Reabilitação cognitiva / Psicomotora / visual	H. Melhoria dos ritmos de atividade psicomotora. I. Promoção dos níveis de iniciativa e participação pessoal e social. J. Estimulação das suas competências mentais, desenvolvendo estratégias de compensação das alterações observadas. K. Apoio á reconstrução do seu projeto de vida ativa.	De acordo com as necessidades identificadas
Experiências de trabalho	L. Desenvolver ritmos e posturas de trabalho adequadas	250 h

### 4. Calendarização

**Data prevista de conclusão:** a definir quando da revisão do Plano (depois de concluído o RAC-LCA)



## 5. Monitorização e avaliação

O presente plano será monitorizado nos seguintes momentos:

- 3 meses após início da ação de RAC-LCA;
- aquando da conclusão da ação de RAC-LCA, para estabilização da próxima etapa (incluindo revisão do plano).

Para além destes momentos, o plano poderá ser monitorizado e revisto sempre que necessário. A avaliação ocorrerá no final da implementação do plano.

Data

# F

**DESAFIO:** Arriscar participar

**OBJETIVO:** Comunicação alternativa

**ESTRATÉGIAS:**

- PROJETAR A VOZ
- USAR PALAVRAS-CHAVE
- COMUNICAR COM O CORPO (GESTOS, EXPRESSÕES FACIAIS)
- USAR FERRAMENTAS ELETRÓNICAS

## Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional

Nome

F.

### 1. Impactos da doença na funcionalidade e potencial de desenvolvimento

F reside, com a mãe, na Senhora da Hora - Matosinhos. Tem 34 anos de idade, e possui Licenciatura na área da Educação de Infância. Após a conclusão dos estudos universitários ingressou no mercado de trabalho, realizando estágios na sua área de formação. Chegou a exercer atividade como educadora de infância durante pouco tempo, mas teve dificuldades na colocação e começou a procurar emprego noutras áreas. Desempenhou funções de guia turístico no Museu do carro elétrico em regime de part-time, e nessa altura decidiu tirar carta de condução de autocarros elétricos. Atualmente é guarda-freios nos STCP do Porto, conduzindo os elétricos. Dada a sua condição de saúde encontra-se de baixa médica.

Decorrente do Acidente Vascular Cerebral sofrido em abril de 2018, apresenta alterações nas funções neuromusculoesqueléticas (hemiparesia direita), da voz e da fala (afasia), e mentais (funções da atenção, funções da percepção, funções da energia e dos impulsos, funções mentais de nível superior, funções mentais da linguagem). Atualmente apresenta independência modificada, necessitando de apoio de terceira pessoa para a realização de atividades de autocuidados (supervisão para algumas tarefas como vestir, e tomar banho, e complemento para outras como por exemplo cortar alimentos, e calçar meias). Não utiliza transportes públicos com autonomia, nem conduz. Desloca-se com o apoio de um bastão em pisos regulares, mas refere risco de queda potenciado pelas dificuldades de percepção do campo visual à esquerda. As alterações de linguagem que apresenta, com dificuldade na produção de palavras, na leitura e na escrita, colocam grandes limitações à sua capacidade de participação e funcionalidade independente nos seus contextos de vida, pelo que atualmente não sai sozinha. Ainda não desenvolveu ferramentas alternativas de comunicação. Pretende apoio para a sua reabilitação e recuperação, com vista a poder retomar a sua atividade profissional, ou outra compatível com o seu perfil funcional.

Manifesta interesse no desenvolvimento de competências que possibilitem a retoma do seu projeto de vida ativa. Encontra-se motivada para a reabilitação e recuperação das alterações decorrentes da sua lesão cerebral, designadamente em termos de maior autonomia pessoal e social, e na compensação das alterações apresentadas.

## 2. Projeto de reabilitação e reintegração na vida ativa e profissional

O projeto de <sup>F</sup> concretiza-se através da participação no programa de Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais especificamente orientado para a lesão cerebral adquirida, com o objetivo de reabilitar e/ou compensar as competências cognitivas em déficit, aumentar os seus níveis de autonomia pessoal e social, e desenvolver estratégias compensatórias para as alterações de linguagem. Perspetiva-se que posteriormente, e dependendo dos resultados obtidos, beneficie de apoio à sua reintegração/ reconversão profissional.

## 3. Intervenções

Participação na ação de Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais - Lesão Cerebral Adquirida (RAC-LCA), com duração de 600 horas. Posteriormente, e mediante os resultados que vierem a ser alcançados no âmbito dessa ação, será definida a etapa seguinte do seu projeto de reabilitação e reintegração.

Domínios	Objetivos	Durações
Orientação para o desempenho	A. Aprendizagem e treino de estratégias de compensação. B. Ativar estratégias de <i>coping</i> , C. Desenvolver capacidade de autoavaliação.	50 h
Comunicação e relações interpessoais	D. Consolidar competências de comunicação interpessoal.	75 h
Autonomia no quotidiano	E. Desenvolver competências para a realização autónoma das atividades de vida diária, compatíveis com o seu quadro funcional.	125 h
Competências para a vida diária	F. Promover o bem-estar físico através da prática de atividade física adaptada. G. Aprendizagem das tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	100 h
Reabilitação cognitiva / Psicomotora / visual	H. Melhoria dos ritmos de atividade psicomotora. I. Promoção dos níveis de autonomia e participação pessoal e social. J. Estimulação das suas competências mentais, desenvolvendo estratégias de compensação das alterações observadas. K. Apoio à reconstrução do seu projeto de vida ativa.	De acordo com as necessidades identificadas
Experiências de trabalho	L. Desenvolver ritmos e posturas de trabalho adequadas	250 h

#### 4. Calendarização

Data de início:

Data prevista de conclusão: *a definir aquando da revisão do Plano (depois de concluído o RAC-LCA)*

#### 5. Monitorização e avaliação

O presente plano será monitorizado nos seguintes momentos:

- 3 meses após início da ação de RAC-LCA;
- aquando da conclusão da ação de RAC-LCA, para estabilização da próxima etapa (incluindo revisão do plano).

Para além destes momentos, o plano poderá ser monitorizado e revisto sempre que necessário. A avaliação ocorrerá no final da implementação do plano.

Data