



Relatório de Estágio

Sara Cristina Gonçalves Perestrelo

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

Gandra, 2020



Relatório de Estágio

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

Supervisão: Prof^ª. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, 2020

Declaração de Integridade

Sara Cristina Gonçalves Perestrelo, 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 **Dra. IA** por toda a colaboração, conselhos e prontificação para comigo, durante todo o percurso no centro, fazendo-me sentir em casa.

À **Dra. SG** e restantes colegas do centro, por todo o acompanhamento que me foi fornecido.

À instituição acolhedora, por me permitir obter esta experiência profissional e pessoal.

À **Professora Emília Areias**, por todos os conselhos, prontidão e orientação dada ao longo deste trajeto.

Aos **meus pais e irmã**, por nunca terem baixados os braços, por terem lutado comigo todos os dias, por nunca me deixarem cair, por estarem sempre lá, por todos os sacrifícios para que eu tivesse esta oportunidade e um futuro mais promissor. Sou eternamente grata, e feliz por tê-los.

À **minha avó**, que viveu isto como se fosse ela, fez do meu, o sonho dela, e esteve presente incondicionalmente.

À **minha família**, por me terem apoiado ao longo do percurso.

Aos **meus amigos**, que são sem dúvida a família que construí, tenho de agradecer-lhes terem-me apoiado de uma forma única, por me mostrarem que posso ser sempre uma versão melhor de mim mesma: à **Alexandra**, à **Diana Barros**, à **Diana Bastos**, ao **Diogo**, à **Ilsa**, ao **Jaime**, à **Maria**, ao **Ricardo Almeida**, não desfazendo dos restantes, a estes eu devo um obrigada gigante.

Às minhas parceiras de percurso, e amigas para vida, à **Daniela**, à **Filipa**, à **Marta** e à **Neuza**, por me terem proporcionado um incrível percurso na sua companhia, por todo o apoio, todas as partilhas e carinho que fomos fornecendo de forma mútua ao longo destes anos.

A todos os restantes **professores**, pela dedicação ao longo deste caminho.

Siglas

AVLT- Auditory Verbal Learning TET

AVC- Acidente Vascular Cerebral

COVID-19- Coronavirus Disease 2019

D2- Teste de Atenção

HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

IFS- Ineco Frontal Screening

IUCS- Instituto Universitário Ciências da Saúde

LCA- Lesão Cerebral Adquirida

MoCa- Montreal Cognitive Assessment

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

QOLIBRI- Quality of Life After Brain Injury Questionary

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

STROOP- Teste Stroop – Cores e Palavras

TelPI- Teste de Leitura de Palavras Irregulares

WMS III- Weschler Memory Scale III

Índice

<i>Introdução</i>	7
<i>Capítulo I</i>	8
Instituição Acolhedora	8
Reabilitação Neuropsicológica com base no Modelo Holístico	11
CrITÉRIOS de inclusão e exclusão no programa	15
Estruturação do programa	15
Atividades no programa	16
Atividade de Orientação e Supervisão	19
<i>Capítulo II</i>	20
Caso Clínico J	20
Descrição pessoal	20
Descrição clínica	21
Avaliação Neuropsicológica	22
Intervenção	28
Reflexão Final	32
Bibliografia	34

Introdução

O estágio curricular representa o encerramento de um ciclo e a iniciação de um outro, finalizar o percurso acadêmico e ingressar em termos mais práticos, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos anos.

O presente relatório de estágio tem como finalidade refletir sobre o percurso realizado enquanto estagiária, no seguimento do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, que decorreu durante o ano letivo de 2019/2020, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O estágio decorreu sob a orientação de uma das psicólogas da instituição acolhedora, e sob a supervisão da Professora Maria Emília Areias, docente do curso de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário Ciências da Saúde.

O estágio iniciou-se a 7 de outubro de 2019, com precisão de término a 30 de abril de 2020, sendo que, seria prolongado por opção própria visando a possibilidade de acompanhar o grupo existente naquela data até ao final do programa. Contudo, o estágio terminou a 9 de março de 2020, por consequência da Pandemia de Covid-19. Até à data, não tinha ocorrido evento semelhante, pelo que, exigiu de todos um reajuste e reorganização, no entanto, os estágios curriculares foram suspensos, impossibilitando-me de frequentar a instituição, até à data de fecho de programa.

A pandemia veio modificar o percurso normal do estágio, e retirar à força o que era esperado da minha parte com esse mesmo percurso. Impediu-me de acompanhar e ver finalizado o doente que acompanhava, o que estava a ser gratificante dia após dia, impediu que retirasse mais conhecimento e experiência, privando e interrompendo o estágio abruptamente. Uma situação delicada, que trouxe com ela algum receio e alterações de expetativas e objetivos, colocando à prova a capacidade de resiliência e demonstrando que nada é garantido.

Este relatório, pretende apresentar todo o trabalho realizado até à data da interrupção abrupta de atividades.

Capítulo I

Instituição Acolhedora

Constituída instituição pública, inicia funções em 1992 integrando-se na rede de Centros de Gestão Participada de Emprego e Formação Profissional (IEFP).

O objetivo central passa por fornecer apoio à integração e reintegração nas vertentes pessoal, social e profissional, quer a nível pessoal como profissional de indivíduos, que possuam défices e incapacidades.

De modo a promover a atenuação das barreiras e carências que são comuns em doentes com lesão cerebral adquirida, existe uma preocupação com o progresso evolutivo referente à qualidade de vida e bem-estar pessoal. A instituição é dotada de equipamentos de tecnologia de ponta e recursos humanos que são promissores de habilidades para a obtenção de máxima autonomia, quer a nível pessoal, profissional, social ou económico.

É ainda, constituída por vários órgãos de apoio, que passam pela Unidade Qualifica, Unidade de Reabilitação Profissional, Unidade de Empreendedorismo Social e Unidade de Serviços de Suporte.

Deste modo, disponibiliza serviços como: Avaliação dos impactos dos acidentes e doenças nas 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.

Papel do psicólogo na Instituição Acolhedora

O foco da reabilitação neuropsicológica centra-se em possibilitar o alcance da capacidade máxima em termos dos domínios de funcionamento psicológico, social, vocacional e de quotidiano, em indivíduos que possuem défices cognitivos, emocionais e comportamentais (Costa, 1983; Caplan, 1982).

O psicólogo de reabilitação é normalmente observado como alguém que defende o outro, neste caso, o cliente, junto da comunidade, indo além da sua experiência clínica (Rosenthal & Kolpan, 1986). Quando o psicólogo entende o processo de reabilitação, contribui para a elaboração e implementação de um plano de tratamento amplo para possibilitar a ultrapassagem de quaisquer impedimentos existentes para o cliente (Barry & O'Leary, 1989).

O profissional deve comprometer-se com a obtenção e aplicação de determinadas capacidades, ou seja, deve facilitar o processo de equipa, apoiar na gestão de comportamentos, intervir quando necessário junto dos familiares e avaliar o programa predefinido, que possibilitará o alcance de resultados por parte do lesado. Deve ser detentor de capacidade de avaliação e diagnóstico, e deve ainda possuir um conhecimento alargado face a estratégias de intervenção necessárias (Meltzer & Sherr, 1982).

O processo de reabilitação é mais eficiente quando realizado através de uma equipa interdisciplinar (Fordyce, 1982). No entanto, requer um processo dependente e interativo entre os diversos profissionais, ou seja, a reabilitação eficaz requer um trabalho em equipa em prol dos objetivos identificados por todos. Normalmente compete ao psicólogo identificar e monitorizar as questões relacionadas com o bom funcionamento da equipa. Depara-se com decisões relacionadas à agregação de objetivos cognitivos, comportamentais ou psicoterapêuticos desenvolvidos individualmente que formarão um todo a ser trabalhado em conjunto (Barry & O'Leary, 1989).

É importante que o psicólogo seja capaz de perceber a diferença entre luto e depressão, aspetos inerentes à baixa motivação, à falta de reforço positivo e existência de problemas comportamentais que são o reflexo de défices de cognição. Diagnosticar de forma mais clara quanto possível é fundamental para auxiliar a equipa de reabilitação a organizar o tratamento para com um cliente específico de forma positiva e construtiva (Horton & Barrett, 1989).

O psicólogo é frequentemente visto como a ponte para restabelecer o relacionamento entre o cliente e o meio familiar considerando os novos desafios e limitações a que estão sujeitos.

São capazes de exercer um papel de orientação no que concerne ao processo de avaliação para a eficiência dos elementos do programa, de modo a potenciar as capacidades de alcançar resultados satisfatórios a longo prazo (Livingston, Brooks & Bond, 1985).

Reabilitação Neuropsicológica com base no Modelo Holístico

Na sequência de uma lesão cerebral adquirida, torna-se crucial a reabilitação do indivíduo no seu todo. As alterações psicológicas apresentam-se como tendo um impacto influente, evidenciando a relação dos efeitos primários referentes ao nível neuropsicológico e dos resultados à posteriori a nível psicológico (King & Tyerman, 2008). Estão incorporadas interações complexas entre as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais.

Os défices das funções cognitivas evidenciam-se como sendo os mais persistentes e salientes no que concerne ao resultado de uma sequela após lesão cerebral (Cicerone et al., 2000). A severidade da lesão está intimamente relacionada com os défices cognitivos (Ruttan, Martin, Liu, Colella, & Green, 2008). Após uma LCA grave, é natural que uma grande parte dos indivíduos portadores da lesão experienciem um processo emocional de luto, uma vez que existe uma perda efetiva de capacidades, que se espelha na dificuldade de cumprimento de papéis e no controlo da sua vida diária (Guerreiro, S. 2014).

A interação dos défices neurológicos primários e dos efeitos psicológicos secundários possibilita a manifestação de um amplo conjunto de mudanças comportamentais (Worthington & Wood, 2008)

Dentro destas mudanças, as perturbações de humor e as modificações das expressões no comportamento constituem um dos aspetos mais debilitantes a longo prazo como resultado de uma lesão cerebral (Brooks & McKinlay, 1983; MacLean, Temkin, Dikmens, & Wyler, 1983; Oddy, Coughlan, Tyerman, & Jenkins, 1985; Tate, 1987).

O nosso estado emocional proporciona alterações face à forma como pensamos, recordamos, comunicamos e resolvemos problemas. Do mesmo modo que perante as nossas ações, é necessário reconhecer que todas estas funções mencionadas anteriormente estão interrelacionadas, sendo de difícil separação e requerem tratamento durante o processo de reabilitação.

Prigatano (1999) diz-nos que quando não se lida com os problemas emocionais, existe uma grande probabilidade de a reabilitação não ocorrer, o que conseqüentemente nos leva para as teorias e modelos que defende que a emoção é crucial para o sucesso de reabilitação.

Gainotti (1993) identifica três agentes primordiais que causam problemas emocionais e psicossociais após lesão cerebral. O primeiro agente consiste no que resulta de fatores neurológicos, o segundo deve-se a fatores psicológicos e o terceiro a fatores psicossociais. Goldstein (1959) foi dos primeiros autores a descrever a reação emocional

após lesão cerebral e observou-a como uma "reação catastrófica", considerando uma reação catastrófica como o grau mais elevado relacionado com a frustração que pode aparecer, pela qual o indivíduo desenha ou evita situações ou atividades.

A ligação entre as consequências cognitivas de uma lesão cerebral, das emoções experienciadas pelo cliente, bem como das consequências sociais e funcionais originadas pela mesma, apontam-se como cruciais para o processo de reabilitação (Diller, 1976; Bem-Yishay, 1978; & Prigatano, 1986).

A reabilitação consiste num procedimento interativo que solicita o envolvimento de profissionais de diversas áreas da saúde, a pessoa, o cuidador e pode ainda englobar o restante meio familiar e social do indivíduo, permitindo apoio mais extenso.

A Reabilitação Neuropsicológica baseia-se em dois mecanismos fundamentais (Winocur, 2010): 1. A plasticidade sendo esta uma competência intrínseca do cérebro que lhe permite restaurar do dano; 2. a capacidade de adaptação da pessoa, que lhe possibilita adaptar às novas conjunturas alterando o seu comportamento.

No decorrer da reabilitação, a plasticidade poderá ser vista como uma resposta às necessidades funcionais que são colocadas ao sujeito na sua interação com o meio. A recuperação após uma LCA acontece progressivamente ao longo de meses e até mesmo anos, e nem sempre é possível a compensação total dos défices existentes após lesão (Bryan, 2004).

Trata-se então de um conjunto de intervenções, que pretende oferecer ao indivíduo melhorias significativas nos seus processos cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais de modo a que o paciente alcance uma melhor qualidade de vida no seu quotidiano (Wilson, 2003).

Acredita-se que a reabilitação requer uma vasta informação teórica envolvendo estruturas, teorias e modelos das mais diversas áreas, uma vez que, recorrendo apenas a um modelo teórico como meio de intervenção, pode levar-nos a uma prática desajustada.

A abordagem holística para reabilitação apresenta-se como aquela que aborda a cognição, emoção e comportamento como aspetos que estão interligados e não independentes. Deste modo, a reabilitação neuropsicológica baseada no modelo holístico obtém melhores resultados quando comparada com os modelos tradicionais. Este modelo assenta nas particularidades do indivíduo, permitindo que este se sinta capaz de enfrentar as suas dificuldades durante o processo de reabilitação (Ben-Yishay & Gold, 1990).

Na sua maioria, os programas holísticos fornecem uma mistura de terapia individual e de grupo, dedicam-se a promover o aumento da consciencialização do cliente

relativamente aos seus défices cognitivos e psicossociais, com objetivo de os atenuar através de uma terapia intensiva, abordando os défices e desenvolvimento de capacidades compensatórias e aconselhar vocacionalmente o indivíduo de modo a permitir que este atinja o seu potencial em elevado grau nos domínios do funcionamento psicológico, social, lazer, vocacional e de autonomia no quotidiano.

O modelo holístico trata-se de um modelo desenvolvido por Goldstein com maior evolução e impacto após a segunda guerra mundial, momento em que surge um aumento da preocupação e curiosidade face ao diagnóstico e tratamento de indivíduos com lesão cerebral adquirida no período de guerra, visando a promoção de programas de reabilitação especializados.

Goldstein apresenta o programa por partes, em que todas elas possuem um papel importante na reabilitação do indivíduo, sendo que inicialmente é crucial identificar e compreender as causas que estão subjacentes ao mau funcionamento do mesmo após lesão cerebral.

A abordagem holística em doentes com LCA centra-se na integração das diversas intervenções, diferenciando-se das mais comuns que se apresentam como limitadas no que refere a intervenção específica, e que acabam por serem vistas como remediações cognitivas (Wilson, 2009). Ocorre numa atmosfera terapêutica estruturada, onde é estabelecida uma aliança terapêutica de modo a promover a adaptação psicossocial e a autoconsciência (Cicerone et al., 2000).

A equipa terapêutica deve desenvolver uma envolvimento com o campo fenomenológico do cliente (Prigatano, 2000), e refletir acerca dos significados pessoais específicos associados à lesão. A abordagem holística citada, anteriormente, centra-se na existência de três pilares:

1. Entendimento dos mecanismos fisiológicos e neurológicos implícitos no processo de reabilitação, fornecendo uma explicação para a recuperação das funções após lesão;
2. Enunciação de estratégias e princípios base das intervenções remediativas sustentadas nos mecanismos neuropsicológico;
3. Utilização de métodos inovadores de treino neuropsicológico remediativo, com eficiência clínica comprovada, que sejam capazes de promover aperfeiçoamentos significativas na vida diária das pessoas com lesão cerebral.

Após a criação do setting terapêutico e fornecendo oportunidades aos clientes de se inserirem em atividades funcionais, surge o objetivo de oferecer um contexto seguro e

de comprometimento ao processo de mudança, o que em alguns momentos pode tornar-se exigente e quando o assim é, processa-se intervenções psicológicas:

1. Realizações de sessões individuais de psicologia entre cliente e psicólogo clínico;
2. Obtenção de informação através de um familiar próximo do cliente, parentes, cuidador e restantes profissionais;
3. Realizações de sessões individuais de reabilitação que se podem apresentar como uma vulnerabilidade ao sofrimento psicológico;
4. Consulta e intervenção neuropsiquiátrica (uso de medicação necessária).
5. Realização de sessões de grupo, providenciando informações abrangentes sobre as consequências do foro emocional de lesão, bem como de estratégias para o portador da mesma, dos seus prestadores de cuidados e familiares.
6. Promover oportunidades para partilhar experiências com outras pessoas que sofreram lesões semelhantes, oferecendo dinâmicas formais e informais de grupo.
7. Apresentar oportunidades para se envolver em grupos experimentais ou cujos projetos e trabalhos individuais procurem dar resposta a novas maneiras de atuar em situações desafiadoras, em que se integra e processa toda a informação exposta no decorrer do programa.
8. No decorrer de processos terapêuticos anteriormente realizados surgem evidências de que trabalhar com familiares e prestadores de cuidados, pode ajudar na reabilitação do indivíduo portador de LCA, uma vez que, é desenvolvida a partilha de informação realçando que estes serão apoios ao processo e não barreiras. Desta forma, a promoção de aprendizagens como reabilitação para o desenvolvimento de habilidades e papéis em casa e no meio envolvente, aumenta a eficácia da reabilitação.

Critérios de inclusão e exclusão no programa

Existem critérios definidos de inclusão para integrar o percurso de reabilitação neuropsicológica a saber: 1. Encontrar-se em idade laboral (18-65 anos); 2. Ser portador de LCA pelo menos há dois anos; 3. Encontrar-se estabilizado em termos funcionais; 4. Exibir vontade de pertencer ao grupo de reabilitação intensiva; 5. Apresentar capacidade de se relacionar em grupo e participar nas suas atividades.

Não obstante, existem alguns critérios que excluem indivíduos apesar dos critérios apresentados anteriormente se evidenciarem, nomeadamente: 1. Apresentar sintomatologia psicótica ou ter história anterior de perturbações psiquiátricas ou neurológicas de grau elevado; 2. Ser consumidor de substâncias abusivas como drogas e/ou álcool; 3. Apresentar impulsividade desadaptada para com os outros ou consigo; 4. Incapacidade intelectual generalizada.

Estruturação do programa

Após o encaminhamento para o centro (E.g. através do médico), os indivíduos são avaliados de forma preliminar, através da realização de uma entrevista clínica, e de avaliação formal com provas padronizadas.

No caso de ser decidida a ingresso do cliente no centro, ocorre um período de avaliação de duas semanas, em que são realizados entrevistas e questionários, bem como outros testes padronizados. Nesta altura já se começa a estabelecer metas atingíveis em conjunto com o cliente e a restante equipa terapêutica.

A equipa terapêutica é constituída por psicólogos, formadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e auxiliares.

O programa decorre durante um período de 5 meses ou de 600 horas, distribuídas por cerca de 30 horas semanais por ciclo de tratamento. No decorrer do programa, são desenvolvidas atividades diferenciadas com os clientes, em grupo ou de forma individual.

Quando realizadas sessões de grupo, tem-se como foco desenvolver e promover o treino de competências de comunicação e do contacto para com o outro, bem como o aperfeiçoamento das atividades quotidianas, movimentos e comportamentos.

É ainda desenvolvido com o cliente um acompanhamento vocacional, de modo a providenciar e promover um projeto de vida para o mesmo.

Atividades no programa

Enquanto estagiária, foi-me possível acompanhar diversas atividades exercidas na instituição de estágio, nomeadamente, orientações, relações interpessoais, sessões de Psicologia, treino cognitivo, quotidiano dos clientes e a autonomia.

Orientação: esta atividade consiste numa sessão de grupo dirigida pelos psicólogos, sendo a primeira atividade do dia. Visa promover a motivação, utilização de estratégias compensatórias face aos défices evidenciados por cada cliente, estabelecimento de metas exequíveis para o processo de reabilitação, bem como apoiar o desenvolvimento da capacidade de cada cliente para avaliar a sua evolução, e a evolução dos restantes membros do grupo (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Nestas sessões, existe um elemento fulcral que são os designados “posters”, estes, são desenvolvidos com base na avaliação realizada ao cliente, onde será determinado o problema central de cada indivíduo, quer a nível cognitivo ou comportamental. No poster deve estar presente o problema central, a solução do mesmo, bem como algumas estratégias de resolução para o problema (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Em cada uma das sessões é apresentado um poster de um cliente e toda a apresentação é gravada em vídeo, para mais tarde ser revista. É explicado pelo psicólogo durante a apresentação do poster, o facto de ter escolhido aquele problema, descrevendo as estratégias e o quanto as mesmas podem ser úteis. Posteriormente é pedido ao cliente que descreva o conteúdo do poster através das suas palavras e se aceita o que é exposto através desse, em seguida, caso aceite, é oficializado este acordo, de utilização de estratégias com o objetivo de selecionar o problema referenciado, com um aperto de mão.

Enquanto estagiária, o meu papel passou pela observação destas sessões, dado que, a fase seguinte em que seria possível apresentar posters do meu caso, não pode ser realizada.

Relações interpessoais: Estas sessões são realizadas com o objetivo de promover técnicas de relacionamento interpessoal, flexibilidade e autoaceitação por parte do paciente.

Tem como base a comunicação por parte de um cliente para com o grupo, que é previamente elaborada com a ajuda do psicólogo que o acompanha nas sessões individuais de psicologia, sendo que o mesmo deve fornecer apoio durante apresentação e intervir sempre que considerar necessário.

No final, os restantes elementos do grupo e os psicólogos presentes na sessão dão o seu feedback face ao desempenho do cliente. Com isto, espera-se que os clientes vão

conseguindo reconhecer e desenvolver as suas competências a nível cognitivo e social, promovendo gradualmente reestruturação e recuperação da autoestima e competência de relacionamento interpessoal.

Treino Cognitivo: As sessões de treino cognitivo ocorrem duas vezes por semana, com a orientação de um psicólogo, com duração de 90 minutos. Uma das sessões era realizada em computador, com recurso aos programas **RehaCom** e **Neuronup**, este último foi implantado no segundo grupo que acompanhei, encontrando-se ainda na fase de experimentação. A outra sessão, era realizada em mesa, designado “Treino de mesa”, recorrendo a exercícios de papel e lápis.

Quando realizadas as sessões de computador, cada cliente dirigia-se ao seu computador, e iniciava sessão com a sua conta. O psicólogo era responsável por programar a dificuldade e duração dos exercícios, bem como, auxiliar o cliente durante a prática do mesmo. Por outro lado, quando realizadas as sessões de Treino de mesa, eram previamente selecionados os exercícios que seriam aplicados, atendendo às capacidades dos clientes e aumentando o grau de dificuldade com o decorrer das sessões.

Estas sessões, visam o desenvolvimento de diversas capacidades cognitivas como a atenção, a concentração, a memória, o raciocínio lógico, entre outros. No final das sessões, era-lhe transmitida informações acerca da sessão e das evoluções apresentadas pelos clientes, entre outros aspetos pertinentes.

Para a escolha e realização de exercícios, recorreu-se ao PIAR-R, e a outros jogos/exercícios de estimulação existentes no centro. Este conjunto de exercícios destinava-se à promoção de habilidades que visam superar as dificuldades de atenção e de concentração, que são comuns em pessoas com LCA.

Sessão de Psicologia: As sessões de psicologia tinham a duração de uma hora, aproximadamente, e eram realizadas semanalmente, orientadas pela psicóloga responsável pelo paciente. No meu caso, dado que eramos três psicólogos para o mesmo grupo, os clientes foram distribuídos aleatoriamente no início do programa, sendo-me atribuído dois casos para estudo.

As sessões servem para acompanhar de forma mais aprofundada o percurso no programa, evolução, necessidades, além do restante trabalho que era realizado junto do cliente, tendo em consideração questões e problemas apresentados ou mencionados pelo mesmo no decorrer das sessões. Por vezes, era pertinente a utilização destas sessões para averiguar e preparar conteúdo do cliente a ser apresentada nas sessões de comunicação.

Vida diária e Autonomia: A direção destas sessões são responsabilidade dos terapeutas ocupacionais. Nelas são debatidos inúmeras questões de interesse do cliente, como vida saudável, hábitos a adotar, entres outras, como é o caso da reflexão dos exercícios realizados nas sessões mais direcionadas à autonomia. Uma vez por mês, cabe ao grupo confeccionar o almoço, para isso, entre eles é selecionado inicialmente os pratos a confeccionar e à posteriori ficam responsáveis por toda a preparação, como listas de compras, a realização das mesmas, realizando todas as gestões necessárias em grupo e com apoio do terapeuta.

Atividade de Orientação e Supervisão

Inicialmente as reuniões de supervisão realizavam-se às terças-feiras da parte da tarde, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, na presença da Prof. Maria Emília Areias, e com as restantes colegas, também elas estagiárias no momento.

Contudo, inúmeros ajustes tiveram de ser feitos, dada a situação de Pandemia pela COVID-19, sendo a CESPÚ dos primeiros estabelecimentos de ensino a tomar medidas em prol do bem-estar de todos os que com ele se relacionam. Posto isto, além dos encerramentos de locais de estágios, e posteriormente cancelamento de vários locais de estágio, as reuniões de acompanhamento realizaram-se virtualmente, sempre que possível e necessário, para o melhor acompanhamento quanto possível, dada a situação existente.

Capítulo II

Caso Clínico J

Descrição pessoal

J tem 48 anos, é casado e tem 2 filhas. É licenciado em Gestão de Empresas, tendo concluído a licenciatura apenas em 2008 dado ter interrompido os estudos por questões laborais. J interrompeu o percurso escolar durante 5 anos, tempo durante o qual iniciou funções no grupo Sonae.

Inicialmente começou por exercer funções como Chefe de Secção no Modelo Continente Hipermercados (MCH) na insígnia Bonjour e que atualmente se designa por Modelo Bom dia, cargo que teve durante 5 anos. Posteriormente e ainda dentro do Grupo Sonae passou a exercer funções para a Modis que consiste na empresa responsável pela Logística do Grupo, onde, durante mais 5 anos executou a função de Chefe de Equipa.

Neste momento exerce funções na área da Logística como Chefe Área/Supervisor Logística de uma empresa conceituada a nível nacional e de grande responsabilidade, encontrando-se de baixa e a frequentar o programa de Reabilitação na instituição.

O núcleo familiar de J é constituído por 7 elementos, sendo ele, a esposa, que exerce funções como enfermeira no IPO do Porto, as duas filhas menores, a mãe e os sogros.

J e a sua esposa, diferem 10 anos de idade, ao que na fase inicial do namoro não foi uma questão fácil de processar para os seus sogros. Hoje em dia, relata terem uma boa relação, sendo na quinta deles, onde existe uma pequena produção de queijos, onde passa grande parte do seu tempo livre. A mãe de J vive ao lado da sua residência, existindo até um portão entre as moradias de forma a facilitar passagem entre uma e outra. Esta é responsável por grande suporte fornecido da família de J, dado os turnos da esposa e em tempos pré-lesão, os próprios turnos de J.

J apresenta e relata a existência de impulsividade, ausência de controlo essencialmente emocional e capacidades para lidar com as mesmas. Refere que tais características surgiram após a lesão, e que é neste momento o seu grande foco de mudança.

Descrição clínica

J relata ter sofrido um acidente grave há cerca de 6 anos, na quinta dos sogros, enquanto manuseava máquinas agrícolas, houve perda de consciência da qual resultou uma queda levando à fratura de várias vertebrae e em que refere ter sentido um extremo medo de morrer. O cliente menciona negligência médica para com ele, tendo sido mandado para casa ao final de 10 dias, ao regressar novamente ao hospital é que foi percebida a gravidade da situação.

Na mesma altura, 6 anos mais tarde J sofreu um AVC, inicialmente foi diagnosticado como um ataque de ansiedade, e só ao fim de 7 horas, foi visto pelo neurocirurgião, o qual detetou de forma imediata que se tratava de um AVC.

Como resultado da lesão, evidencia-se sinais de apatia, dificuldades no que concerne à articulação de linguagem e ainda, alterações a nível emocional e de controlo de impulsos, que interferem na sua vida familiar e social.

Em termos de antecedentes, deparamo-nos com um historial depressivo e ansioso.

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica ocorreu em meados de dezembro de 2019, antes da integração no programa, foi-me impossível realizar nova avaliação após a realização do programa devido à situação em que nos encontrávamos de Pandemia. A avaliação foi realizada por um psicólogo, estagiário profissional no momento, que tive a oportunidade de acompanhar no processo.

Tabela1- *Resultados da Avaliação Neuropsicológica*

Teste	Função	Resultado	Descrição
MOCA	O <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA) é um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE) aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)	26/30 ($M = 28.83$, $DP = 1.38$)	Funcionamento cognitivo geral ligeiramente deficitário para a sua idade e escolaridade;
<i>WMS III</i>	A WMS-III é uma bateria de provas, administrada individualmente, com o objetivo	Índice = 130; $P98$	Valor muito superior para a sua idade e escolaridade;

de avaliar a
aprendizagem, a
memória e a memória de
trabalho.

Figura Complexa de Rey É um teste de avaliação neuropsicológica realizado em três momentos, que avalia a habilidade visuoespacial, organização perceptiva, aptidão visuoespacial construtiva, memória visual, atenção, planificação e função motora.

Cópia = 31/36 ($M = 31,17$; $DP = 3,62$); $P50$.
Reprodução = 23/36 ($M = 18,9$; $DP = 5,41$); $P75$.

Valores médios para a sua idade

HADS Escala que avalia de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio.

Ansiedade = 13
Depressão = 7

Pontuações indicadoras de sintomatologia ansiosa moderada

<i>d2</i>	<p>Permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração dos sujeitos. Mede a velocidade de processamento da informação, a precisão e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho.</p>	<p>Rapidez de execução e produtividade na tarefa (TC): 441; P80</p> <p>Precisão/eficácia (TA): 173; P90</p> <p>Controlo da atenção/inibição de comportamentos desadequados (velocidade/meticulosidade) (TC-E): 431; P90</p> <p>Concentração (IC): 173; P90</p> <p>Estabilidade do desempenho (IV): 12; P70</p> <p>Meticulosidade (E%): 2.27; P75</p>	
<hr/> <p><i>Trail Making Test</i></p> <hr/>	<p>Corresponde a uma medida de atenção, velocidade de processamento e flexibilidade mental,</p>	<p>Parte A = P29-40; P. escalar = 9</p> <p>Parte B = P41-59; P. escalar = 10</p>	<p>Demostrou boa capacidade de atenção sustentada e alternada, boa flexibilidade mental e boa velocidade de</p>

constituída por duas partes. processamento de informação.

AVLT O teste é particularmente útil na deteção de dificuldades relacionadas à memória em transtornos mentais e síndromes neurológicas, incluindo epilepsia, demência, bipolar, depressão maior, dentre outros. Aprendizagem total = $P60-71$; P. escalar = 11 Aprendizagem ao longo dos ensaios = $P60-71$; P. escalar = 11 Retenção a longo prazo = $P29-40$; P. escalar = 9 Boa capacidade de memória verbal imediata, com capacidade de reter, a longo prazo

TeLPI Fundamental para determinar a presença, o grau ou a evolução de um possível declínio cognitivo. QIEC = 120.053 QIV = 122.588 QIR = 113.75 Os valores revelam inteligência pré-mórbida acima da média, exceto o QIR que se encontra dentro de valores médios.

IFS É um teste breve, sensível e específico para a deteção de disfunção executiva associada a 26/30 ($M = 25.6$, $DP = 3.0$) Pontuação dentro de valores médios para a sua idade e escolaridade

processos
neurodegenerativos.

QOLIBRI Uma medida específica Cognitivo = 43
de avaliação da Self = 36
qualidade de vida após AVD = 54
lesão cerebral adquirida Social = 38
Emocional = 65
Físico = 70
Total = 49

Token Test Permite a avaliação da 20/22 ($M = 21.7, DP = 0.3$) Valor significativo para
compreensão da 0.3) déficit severo
linguagem por meio da considerando a sua
execução de comandos escolaridade
simples ditados pelo
examinador.

STROOP Permite detectar Palavra - Nota T 21 Revelou dificuldades de
problemas neurológicos Cor -Nota T 31 velocidade de
e cerebrais, avaliando os Cor-Palavra - Nota T 48 processamento
efeitos de interferência Interferência - Nota T (possível interferência
entre os dois hemisférios 80 das dificuldades de
cerebrais. articulação)

Reflexão face à Avaliação Neuropsicológica

A avaliação realizada aponta para a existência de um défice cognitivo ligeiro. Como já mencionado anteriormente, evidencia dificuldades a nível da compreensão de linguagem, mais concretamente em seguir instruções e na velocidade de processamento, contudo, estes aspetos podem dever-se a dificuldades de articulação.

No que concerne às capacidades viso-construtivas, como a atenção, memória e funções executivas, não foram evidenciados défices. Evidencia sintomatologia ansiosa em grau moderado. Manifesta descontentamento no que respeita à sua condição cognitiva, ao seu *self* e à sua posição face ao contexto social, que pode estar relacionada com questões também do foro emocional e do controlo.

Em modo geral, as alterações presentes, ainda que não muito acentuadas, influenciam os diversos domínios da sua vida.

Intervenção

No decorrer da nossa existência, ocorre um número gigante de situações das quais não possuímos qualquer controlo, tais situações podem levar à existência de mudanças no nosso quotidiano, posto isto, torna-se necessário compreender a melhor maneira de lidar com as mesmas. Um indivíduo que sofra de uma lesão cerebral, vê-se obrigado a um reajuste considerável.

Um dos modelos de intervenção existentes na instituição acolhedora, rege-se pela **Terapia de Aceitação e Compromisso** (ACT; Boavista, 2012; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011; Saban, 2010), esta terapia consiste numa abordagem relativamente ao funcionamento humano, face aos processos de aceitação, ou seja, a disponibilidade de lidar com as situações do quotidiano, e comprometer-se, em termos de manutenção ou mudanças de comportamento necessárias ou propostas (Barbosa, L., & Murta.S., 2014).

A ACT sugere um modelo de atuação na base da mudança do comportamento num todo (Hayes et al., 2011; & Saban, 2010). Este modelo, pretende fornecer flexibilidade no que concerne aos processos cognitivos e aumentar a proximidade das consequências presentes de situações experienciadas pelo sujeito (E.g: como ocorre, em doentes de LCA) (Barbosa, M., 2014).

Era espectável, que tal terapia pudesse ser aplicada no cliente, contudo, dada toda a situação pela qual nos vimos obrigados a conviver, foi impossível fazê-lo.

Durante o tempo em que foi possível realizar o acompanhamento psicológico de J, o foco assentou nas questões emocionais e de controlo de impulsos, dado que, era um aspeto que deixava o cliente bastante afetado, e interferia na sua vida quotidiana e dos que lhe eram mais próximos.

Trabalhou-se outras questões, mais direcionadas com a ansiedade, como separação da vida profissional da vida pessoal, algo que não acontecia há cerca de 12 anos, segundo o cliente, referenciando “Quando o telemóvel tocava, fosse ao domingo, ou a meio da noite, eu ia...”, o que se devia ao facto de o contacto pessoal e profissional ser o mesmo, e foi um dos pontos que marcamos como objetivo de mudança.

Outro objetivo de mudança, era separar conteúdos sociais e de trabalho, dentro da própria casa, com a tentativa de possibilitar ao cliente, uma maior separação de conteúdo e de tempo para executar tarefas contraditórias, como as de lazer e as de trabalho.

No que diz respeito, mais especificamente ao aspeto emocional, foi trabalhada a capacidade de empatia, ou seja, colocar-se no papel do outro e tentar perceber o porquê

de ocorrerem determinadas situações, essencialmente quando o assunto era a companheira, bem como, interiorizar e trabalhar a capacidade de perceber que não estará sempre tudo no seu controlo.

Abordou-se as relações existentes a nível familiar, aspetos que J gostaria de ver melhorados e de que forma poderiam ser alcançados, como por exemplo, passar mais tempo com as filhas.

Fomos trabalhando em conjunto, traçando metas e objetivos alcançáveis para J, umas a longo prazo e outras a curto prazo. Em cada sessão e à medida que a mesma decorria, estabelecíamos qual seria a meta a curto prazo, a ser atingida até a próxima sessão, e assim sucessivamente. Ao passo que íamos estabelecendo aquelas que teriam um alcance mais tardio.

J foi demonstrando evolução a cada sessão, sempre prestável e disposto a colocar em prática o que lhe era proposto, por vezes partindo de iniciativa própria. Ao final de um mês de acompanhamento, J já possuía dois telemóveis, um pessoal e outro profissional, este último permanecia em casa durante o horário de J no centro, a longo prazo tinha-se estabelecido que estaria desligado fora do horário laboral, de modo a evitar situações de stress excessivo e possibilitar a separação das vidas profissionais e pessoais.

Na altura de carnaval, J assistiu pela primeira vez a um evento escolar das suas filhas, situação que até à data não tinha ocorrido, nem tão pouco ter-se-ia disponibilizado para tal.

Em sessões de grupo J sempre foi igualmente prestável, respeitoso, responsável e acessível, tanto por parte dos profissionais como dos restantes colegas, chegando a prestar ajuda a alguns deles. Demonstrou evolução contínua ao longo das sessões, e demonstrou-se sempre recetivo ao que lhe era proposto.

Evidenciou melhorias em termos de relacionamento com os outros, aspeto que no início do programa não era notório, apresentando-se como uma pessoa de rosto fechado, pouco falador, nada aberto a novos relacionamentos.

O acompanhamento foi interrompido de forma inesperada, dada a situação que abalou não só o nosso país, como o mundo, com a chegada do COVID-19, colocando-nos em quarentena e tornando impossível a realização das sessões de Psicologia no centro.

No entanto, permanecemos em contacto via e-mail, de forma a possibilitar ao cliente orientação caso necessário, adquirindo informação do mesmo relativamente à forma como estaria a lidar com toda esta nova situação e auxiliar caso necessário.

Em jeito de desmontar a importância que o programa teve para si, J respondeu a uma entrevista de feedback, ideia que surgiu em conversa com a orientadora de estágio, dada a impossibilidade de dar continuidade ao meu estágio no centro, e à qual J aceitou de forma imediata. A entrevista é transcrita a seguir:

Entrevista Feedback de J

1. Como se sente neste momento?

Bem, a levar um dia de cada vez, tenho ainda alguns momentos menos positivos, mas tenho vindo a aprender a superá-los.

2. Diga-me 3 aspetos que considerou importantes neste processo RAC

Assumir e aceitar o que me aconteceu,

O ambiente que se criou entre o grupo (clientes e colaboradores)

Voltar a ter rotinas diárias

3. Tendo em consideração o período temporal que vai desde o momento que se dirige ao centro até ao momento em que integra o programa, o que aponta como a principal melhoria?

A principal melhoria foi a nível emotivo e poder desabafar individualmente e em Grupo.

4. Após o início do programa e início das sessões individuais de Psicologia, até ao momento em que foi possível realizar o acompanhamento, que impacto considera que teve?

Bastante positivo, dado ter uma “pessoa” externa ao núcleo familiar/amigos, com quem falar sobre todos os assuntos. Uma pessoa com quem desabafar.

Aliás durante o período de confinamento senti uma certa regressão devido à falta destas sessões, entretanto recuperada.

5. Dado que está prestes a terminar o percurso aqui no centro, como considera a sua experiência?

A experiência apesar de todas as circunstâncias foi positiva, tendo sentido a falta das sessões individuais (T. Cognitivo, Fisioterapia, Psicologia), devido à Pandemia.

6. Pode apontar três dos benefícios da intervenção psicológica?

Assumir e aceitar as consequências do AVC;

Dedicar mais tempo à família;

Nova forma de enfrentar os problemas do dia-a-dia.

7. Pode apontar três aspetos de dificuldade da intervenção psicológica?

Ser tímido, ter dificuldade em falar com pessoas desconhecidas e a própria palavra Psicologia em si (o conceito e o que representa recorrer a um psicólogo- ideias pré-concebidas).

8. Pode referir 3 alterações pessoais que tenha verificado em si próprio?

Alteração de mentalidade (como sou perfeccionista não devo exigir que os outros também o sejam);

Voltar a ter rotinas e separar a vida profissional da vida pessoal (caso do telemóvel, por exemplo);

Pessoa mais comunicativa, mais aberta, ...

9. O que gostaria ainda de realizar durante o processo de acompanhamento?

Voltar a ter sessões individuais de reabilitação

10. No geral, pode contar a sua experiência em termos de acompanhamento psicológico? Peço por favor que destaque aspetos que tenham tido relevo no seu quotidiano.

As poucas sessões que tivemos, eram sessões que estava à vontade q.b., falava de tudo num ambiente descontraído, em que parecia que não estava num gabinete a falar com um profissional.

Definição de objetivos em termos de evolução pessoal e prazos para atingir os mesmos, e ainda indicação de novos métodos para resolver os problemas que surgiam.

Reflexão Final

Dado como terminado este percurso, é importante refletir face à pertinência e importância desta experiência enquanto futura profissional e ainda de forma pessoal, dado ter sido uma experiência bastante gratificante e única.

Inicialmente senti que não estaria preparada para inúmeras situações que pudessem surgir, algumas delas relacionadas especificamente com o tipo de pacientes que poderiam coexistir com este processo, e ainda com o número diverso de desafios aos quais estaria a ser exposta. Até ao momento inicial deste percurso, pouca tinha sido a experiência em termos de contacto mais real com esta profissão que no futuro espero poder exercer.

No início do percurso, quando lá cheguei já existia um programa de RAC-LCA a decorrer, cujo início fora em meados de julho de 2019, encontrando-se a meio do programa. As primeiras semanas foram de adaptação, integração na equipa multidisciplinar e no grupo de clientes, no entanto, não posso considerar que tenha sido difícil. Fui bastante bem acolhida por todos, em especial pela minha orientadora do local, e colegas de gabinete com quem já tinha tido oportunidade de trabalhar, enquanto estudante de psicologia na IUCS.

Dado a existência de um grupo a decorrer, não foi possível a observação de sessões de Psicologia e, só mais tarde, aquando da fase preparatória do grupo seguinte, foi-me possível a observação e colaboração de avaliações neuropsicológicas a solo. Antes disto, apenas tinha realizado relatórios de avaliações feitas pela orientadora de estágio, preparando-me para as seguintes avaliações dos clientes que fariam parte do novo grupo de trabalho.

A minha orientadora depositou confiança em mim desde o início, orientando-nos a mim e ao colega antes das sessões, sempre que era necessário, e deixando à nossa responsabilidade o decorrer da mesma. Na ausência do colega, que era com quem partilhava as orientações das sessões de Treino Cognitivo, a orientadora confiou e deixou que eu guiasse as sessões, com a salva guarda que se necessário podia recorrer à sua ajuda e orientação. Nas restantes sessões, foram-me atribuídas tarefas de igual responsabilidade pela minha orientadora.

O facto de sentir que do outro lado, confiam em mim, considerando o papel que tinha ali dentro, ou seja, sendo uma estagiária curricular, ajudou-me a confiar mais em mim, e acreditar que conseguiria ir mais longe e a perceber que tudo vai do hábito, da

continuidade, do trabalho e da experiência que ao longo do percurso vamos adquirindo, com todos aqueles com quem nos relacionamos.

Com o passar dos dias, fui refletindo face ao quão especial esta experiência estava a ser a todos os níveis da minha vida, quer a nível profissional, preparando-me para eventuais casos futuros de doentes com LCA e não só, porque a maioria deles traziam presos a si, não só a lesão, como diversas questões que gostavam de ver resolvidas e contavam connosco para os orientarmos; foi-me possível observar de forma mais integrada a complexidade humana a que estamos expostos todos os dias, e perceber de perto, o impacto que uma lesão cria no dia-a-dia de quem a sofre, bem como das redes de suporte à sua volta; a nível pessoal, acrescentou-me muito, possibilitou-me observar a vida de uma outra perspetiva, ou de várias perspetivas, moldando-me em alguns aspetos pessoais, permitindo adequar-me à nova realidade na qual estava inserida.

Senti que me deixou preparada para um futuro que não está fora de acontecer, seja connosco, ou com os nossos, permitiu-me adquirir bastante conhecimento, e transmiti-lo aos que me são próximos e aos que sabia de antemão que precisariam. Acreditando que amanhã possamos estar numa sociedade melhor, porque infelizmente, também me mostrou o estigma que ainda está enraizado para com esta profissão, para com as pessoas que recorrem a ela, e para com pessoas que sofreram uma lesão cerebral.

Em suma, não poderia estar mais feliz e realizada, por ter tido a oportunidade de estagiar num local tão especial, como o que tive oportunidade, com pessoas e profissionais, igualmente especiais.

Bibliografia

- 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.
- Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of Holistic Neuropsychological Rehabilitation.: Outpatient Rehabilitation of Traumatic Brain Injury*. Oxford: Oxford University Press.
- Bryan, K. (2004). Mechanisms of Cortical Plasticity after Neuronal Injury. In J. Ponsford (Ed.), *Cognitive and Behavioral Rehabilitation: From Neurobiology to Clinical Practice* (pp. 30-58). New York: The Guilford Press.
- Brooks, D.N., & McKinlay, W.W. (1983). *Personality and behavioural changes after severe blunt head injury: A relative's view*. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46, 336-34.
- Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Frass, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J., & Ashman, T. (2011). *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature from 2003 through 2008*. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 92, 519-530.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K. et al. (2000). *Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1596–615.
- Diller, LL (1976). Um modelo para cognição reciclagem na reabilitação. *A Clínica Psychologist*.
- Gainotti, G. (1993). *Emotional and psychosocial problems after brain injury*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3(3), 259–77.
- 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.
- Goldstein, K. (1959). *Notes on the development of my concepts*. *Journal of Individual Psychology*

- King, N., Tyerman, A. (2008). *Introduction to Traumatic Brain Injury*. In A. Tyerman, & N. King (Eds.), *Psychological Approaches to Rehabilitation after Traumatic Brain Injury* (pp. 1-14). Malden, USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Prigatano, G. (1999). *Introduction to the principles in the context of a brief historical perspective*. Em G. Prigatano, *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press
- Prigatano, GP (1986). *Personalidade e consequências psicossociais da lesão cerebral*. Em GP Prigatano, DJ Fordyce, HK
- Prigatano, G. P. (2000). *Rehabilitation for traumatic brain injury*. The Journal of the American Medical Association, 284, 1783.
- Ruttan, L., Martin, K., Liu, A., Colella, B., & Green, R. (2008). *Long-term cognitive outcome in moderate to severe traumatic brain injury: A meta-analysis examining timed and untimed tests at 1 and 4.5 or more years after injury*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89(2), 69- 76.
- Tate, R.L. (1987). *Issues in the management of behavior disturbance as a consequence of severe head injury*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 19, 13-18.
- Worthington, A.D., Matthews, S., Melia, Y., & Oddy, M. (2006). *Cost-benefits associated with social outcomes from neurorehabilitation*. Brain Injury, 20(9), 947-957.
- Wilson, B. (2003). *Rehabilitation of memory deficits*. Neuropsychological rehabilitation, theory, and practice, 71-88
- Wilson, B. (2009). *Evidence for the effectiveness of neuropsychological rehabilitation*. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome New York: Cambridge University Press;
- Zeiner *et al.* , Eds., *Neuropsychological Reabilitação após lesão cerebral* . Baltimore; Londres: Universidade Johns Hopkins Pres