

Relatório de Estágio

Manuela Santos e Sousa

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

Gandra, setembro de 2021

Manuela Santos e Sousa

Relatório de Estágio

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

Orientação: Prof^a. Doutora S. G.

Supervisão: Prof^a. Doutora Maria Emília Areias

Gandra, setembro de 2021

Declaração de Integridade

Manuela Santos e Sousa, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à 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 referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Aos meus **pais**, por todo o esforço que fizeram ao longo dos anos para me possibilitarem a concretização dos meus sonhos, por todo o apoio, pelo amor incondicional que me deram ao longo da vida, por acreditarem sempre em mim. Nunca terei palavras suficientes para vos agradecer por tudo o que fizeram e ainda fazem por mim, não seria quem sou sem vocês.

Ao meu **irmão** que sempre acreditou em mim e no que estava a fazer, sempre me apoiou e me ofereceu uma palavra amiga.

À **minha família**, madrinha, padrinho, avô, primo e afilhado, por acreditarem sempre em mim e nos meus sonhos.

À **Prof. Dra. Maria Emília Areias** pelo acompanhamento constante nesta fase do percurso, pela partilha de experiências e conhecimentos que permitiram a minha melhoria a nível profissional.

À **minha orientadora**, por todo o conhecimento transmitido, pela confiança que depositou em mim ao longo do percurso e por me ter permitido desfrutar ao máximo desta experiência profissional.

A todos os **professores**, pela formação de excelência que obtive ao longo destes cinco anos e por todas as experiências partilhadas.

À **Luísa**, por estar sempre presente, por me ajudar sempre que era preciso, foi um pilar para esta minha experiência.

Ao **Daniel**, por toda a paciência e compreensão, pela força, pela confiança, pela persistência, pela ajuda incondicional, por nunca me deixar desistir, por me aturar, por todo o carinho, pela pessoa que é, pelo amor, por acreditar em mim e nos meus sonhos, por me fazer tão feliz.

Siglas

Acidente Vascular Cerebral **(AVC)**

Atividades da Vida Diária **(AVD)**

Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde **(CIF)**

Desvio Padrão **(DP)**

Hospital Anxiety and Depression Scale **(HADS)**

Ineco Frontal Screening **(IFS)**

Lesão Cerebral adquirida **(LCA)**

Média **(M)**

Montreal Cognitive Assessment **(MoCA)**

Organização Mundial de Saúde **(OMS)**

Percentil **(P)**

Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica **(PHRNP)**

Plano de Individual de Reabilitação **(PIR)**

Plano Operacional **(PO)**

Quality of Life after Brain Injury **(QOLIBRI)**

Reabilitação Neuropsicológica **(RN)**

Tomografia Axial Computorizada **(TAC)**

Traumatismo Crânio Encefálico **(TCE)**

Wechsler Memory Scale III **(WMS III)**

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I	2
Caracterização da Instituição Acolhedora	2
Local de Estágio	2
Modelo Holístico	3
Reabilitação Neuropsicológica	5
Papel do Psicólogo no Centro	6
Atividades desenvolvidas pela estagiária no Programa	7
Treino cognitivo	7
Competências de relações interpessoais	8
Sessões de Psicologia	8
Programa “Como Gerir Emoções”	9
Outras atividades desenvolvidas durante o estágio	9
Reuniões de supervisão	9
Reuniões de orientação	9
Apresentação de caso clínico aos alunos de Licenciatura em Psicologia	10
Sessões de Musicoterapia	10
Sessões sobre sexualidade pós-LCA	10
Grupo acompanhado	10
CAPÍTULO II	13
Caso Clínico D	13
Características gerais do doente	13
História Clínica	14
Classificação da Funcionalidade	15
Avaliação Neuropsicológica	16
Reflexão da Avaliação Neuropsicológica	17
Intervenção	17
Plano Individual de Reabilitação	17
Sessões Individuais de Psicologia	18
Treino Cognitivo (NeuronUp)	18
Treino Cognitivo de Mesa (Papel e Lápis)	19
Reflexão Caso D	19
Caso Clínico M	21
Características gerais do doente	21
Descrição Clínica	22
Classificação da Funcionalidade	22
Avaliação Neuropsicológica	23
Reflexão da Avaliação Neuropsicológica	25
Intervenção	26
Plano Individual de Reabilitação	26
Sessões Individuais de Psicologia	26
Treino Cognitivo (NeuronUp)	27
Treino Cognitivo de Mesa (Papel e Lápis)	28
Reflexão Caso M	28
Reflexão Final	30
Bibliografia	32
Anexos	34

Índice de Anexos

Anexo A – Programa Individual de Reabilitação de D.....	33
Anexo B – Plano Operacional de D.....	35
Anexo C – Programa Individual de Reabilitação de M.....	38
Anexo D – Plano Operacional de M.....	40

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização do grupo acompanhado	11
Tabela 2 - Classificação da Funcionalidade de D.	15
Tabela 3 - Resultados da Avaliação Neuropsicológica de D.	16
Tabela 4 - Classificação da Funcionalidade de M.	23
Tabela 5 - Resultados da Avaliação Neuropsicológica de M.	23

Introdução

O presente relatório de estágio tem como objetivo refletir o percurso enquanto estagiária de Psicologia, do segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, decorrendo durante o primeiro semestre do ano letivo 2020/2021 no Instituto Superior Universitário de Ciências da Saúde.

O percurso de estágio curricular, sob a orientação da Prof^a. Doutora S. G., Psicóloga Clínica e Neuropsicóloga, sendo a supervisão a cargo da Prof^a. Doutora Maria Emília Areias, docente e regente no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O estágio teve início em setembro de 2020 e teve a duração aproximada de 6 meses.

O presente relatório pretende apresentar o trabalho efetuado durante esse período de tempo, tendo sido dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma componente mais teórica e explicativa do local de estágio e do seu modelo de funcionamento e as atividades desenvolvidas ao longo do programa. O segundo capítulo apresenta 2 casos clínicos acompanhados, explanando o processo de avaliação dos doentes, plano de intervenção e sua implementação. No fim deste relatório encontra-se a reflexão final acerca desta experiência.

CAPÍTULO I

Caracterização da Instituição Acolhedora

Local de Estágio

Fundado em 1992, integrando a rede de Centros de gestão Participada do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). O Centro tem como objetivo fundamental direcionar a sua ação no sentido da integração ou reintegração na vida adulta e profissional de pessoas com deficiências e incapacidades, nas vertentes pessoal, social e profissional.

A instituição visa a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos seus clientes, tem à sua disposição meios, tanto tecnológicos como de recursos humanos, que lhe permitem dotar os clientes de estratégias e aptidões orientadas para o desenvolvimento da máxima autonomia, individual, social e económica, possível.

Apresenta soluções adaptadas e desenhadas à medida das necessidades e expectativas singulares de cada cliente, através dos serviços e parcerias, tais como, a avaliação dos impactos dos acidentes e doenças na funcionalidade da pessoa e das necessidades e potenciais de reabilitação e reintegração, bem como, a identificação dos apoios e recursos a mobilizar, formação inicial de pessoas com deficiências e incapacidades, apoio ao trabalho e emprego, reabilitação e reintegração profissional, informação, aconselhamento e prescrição de produtos de apoio, informação, aconselhamento e encaminhamento para ofertas de educação e formação profissional de cidadãos com idade igual ou superior a 18 anos que procuram qualificação.

A partir de 2004 iniciou um projeto de reorientação estratégica sendo que em 2007 é apresentado o novo projeto de organização, unificando uma mudança de identidade corporativa, mais focado na reabilitação e em pessoas com deficiência e incapacidades originárias de doenças e acidentes com visão numa sociedade digna, aberta e inclusiva na sua missão de aumentar a autonomia social e económica dos seus clientes. Sendo ainda um parceiro distinto para empresas, seguradoras, hospitais, outros serviços de saúde, serviços públicos de emprego e outras. Em 2003, 2006, 2009 e 2012 foram reconhecidas as capacidades do Centro recebendo a Certificação de Excelência dos Serviços Sociais (EQUASS – Nível II).

Por ano, são recebidos em média cerca de 2 mil clientes, maioritariamente oriundos das zonas Norte e centro de Portugal.

Modelo Holístico

A lesão cerebral adquirida provoca alterações orgânicas e, dependendo da gravidade da lesão, o indivíduo pode sofrer mais ou menos consequências (Lezak, 1988).

Estas lesões podem acarretar diversos problemas como, consequências motoras, sensoriais, cognitivas, comportamentais, psicossociais, emocionais, entre outras (Lezak, 1988; Lezak, 1987; Prigatano, 1992; Wilson, 2008).

Na ocorrência de uma LCA é necessária uma reabilitação abrangente, multidisciplinar e neuropsicologicamente orientada devido à interação entre os fatores cognitivos, comportamentais, psicológicos e físicos (Sarajuuri & Koskinen, 2006). Assim sendo, a abordagem holística compreende que a forma como nos sentimos afeta o nosso comportamento, por isso mesmo não separa as consequências cognitivas, emocionais e sociais da lesão cerebral (Wilson, Gracey, Evans, Bateman, 2009) sendo esta abordagem considerada de grande importância a nível mundial para a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos seus cuidadores (Nehra, Bajpgi, Sinha & Khandelwal, 2014).

Na reabilitação neuropsicológica os défices cognitivos, tais como, dificuldades de memória, atenção, planeamento, organização, ou outros, são o principal foco. No entanto, tem-se assistido a uma mudança e é evidente a crescente preocupação em abordar, nos programas de reabilitação, as consequências emocionais e psicossociais (Wilson, 2008). As consequências emocionais são o resultado indireto da LCA e são uma resposta às limitações físicas, mentais e psicossociais, podendo mesmo exacerbar os défices cognitivos e provocar alterações do comportamento (Lezak, 1988; Wilson, 2008). É comum estes indivíduos apresentarem quadros de ansiedade, irritabilidade, paranoia, aumento da reatividade, raiva, desinibição, baixa autoestima, falta de confiança, medo, podendo evoluir para um quadro depressivo, tornando-se, em alguns casos, estados depressivos crónicos (Lezak, 1987; Lezak, 1988; Prigatano, 1992; Wilson, 2008). No caso de haver lesão das áreas responsáveis pela gestão emocional, podem também as alterações emocionais ser um resultado direto da LCA (Lezak, 1998).

Assim, a RN deve ser um processo ativo e ter como principal objetivo promover o desenvolvimento da pessoa para que esta consiga atingir um nível ótimo de bem-estar, sendo necessário intervir a nível dos défices cognitivos, sociais e emocionais provocados por lesão ou doença (Ávila, 2003; Wilson, 2003; Wilson, 2008) e que, segundo a perspetiva holística não podem ser separados (Wilson, 2008, Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009).

Existem seis componentes de grande relevância na reabilitação, primeiro o foco nas atividades funcionais e significativas, depois a importância do papel da família direcionado ao apoio e educação, a estruturação de uma comunidade terapêutica para que existam trocas de experiências e para a descoberta de novas estratégias, o acompanhamento psicológico de modo a que o paciente encontre a sua identidade e se ajuste às dificuldades atuais, contando também com uma abordagem compensatória das capacidades cognitivas focando nas principais capacidades e necessidades do paciente e por fim, a pertinência do entendimento entre os vários profissionais de modo a que as diferentes áreas e diferentes intervenções conduzam complementarmente o paciente a evoluir (Bateman, 2014).

Os programas holísticos devem, assim, incluir terapia de grupo e individual com o objetivo de: (1) tornar os indivíduos mais conscientes das suas limitações; (2) ajudá-los a entender e a aceitar as mesmas; (3) dar estratégias de compensação para os défices cognitivos; e (4) oferecer orientação e apoio vocacional (Wilson, 2008).

Desde 2002 o Centro adaptou um modelo de Bem-Yishay (2000) (Almeida, et al., 2015). Um modelo holístico adaptado e em funcionamento em várias instituições e que deve incluir vários recursos como, (1) a reabilitação cognitiva; (2) psicoterapia; (3) equipa multidisciplinar; (4) intervenções em grupo/individuais; (5) envolvimento das famílias ou outras pessoas significativas; (6) orientação vocacional ou desenvolvimento de competências para o aumento da autonomia; e (7) uma avaliação de resultados (Almeida, et al., 2015, Malec, 2001). Segundo este ponto de vista pode ser feita uma intervenção mais geral de forma a trabalhar as dificuldades mais comuns, no entanto, permite ainda intervir nas dificuldades específicas de cada indivíduo sendo, desta forma, possível potenciar ao máximo as capacidades preservadas (Almeida, et al., 2015). O Centro criou, assim, o seu Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica (Guerreiro, et al, 2009 cit in Almeida, et al, 2015), um programa de reabilitação compreensivo, desenhado para as pessoas com LCA numa fase pós-aguda da lesão e com vista a prestar serviços de RN. Uma equipa multidisciplinar faz uma avaliação inicial e é elaborado um plano individual de reabilitação (PIR) onde estão os objetivos individuais de cada cliente (Almeida, et al., 2015). Além do PIR, é ainda criado um plano operacional (PO) onde constam objetivos mais específicos para cada um dos clientes.

Reabilitação Neuropsicológica

O programa de RN do Centro integra-se na Unidade de Reabilitação Profissional, tem a duração de 6 meses (dias úteis das 10h às 16:30h), integrando um grupo de 10 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com perfil para integração ou reintegração no mercado de trabalho ou para ter acesso a cursos de formação, sendo assim um procedimento de transição entre a reabilitação clínica e a reabilitação profissional. O objetivo passa pela reabilitação das capacidades afetadas por lesão cerebral adquirida (traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, tumor cerebral, aneurisma, entre outros), dando apoio ao paciente de modo a adaptar-se a uma nova forma de funcionamento através de estimulação e aprendizagem de estratégias compensatórias tanto a nível cognitivo como funcional, sendo procurado o desenvolvimento do maior nível possível de autonomia e funcionalidade.

O programa divide-se em três fases, a fase remediativa intensiva, o desenvolvimento vocacional e o projeto profissional.

A fase remediativa intensiva é introduzida quando os pacientes têm apoio para a compensação dos défices cognitivos e comportamentais consequenciais da LCA, as intervenções são realizadas em grupo (10 pessoas), individualizadas (2 a 4 pessoas) e individuais (1 pessoa).

A construção do grupo e as atividades integradas no programa objetivam o desenvolvimento do *self*, capacidades de relacionamento interpessoal, de autonomia, de individualização, as estratégias de *coping*, gestão das emoções e aumentar o nível de ajustamento psicossocial. As atividades constituintes do programa são o acompanhamento psicológico, treino de competências (relações interpessoais, informática, oficina), treino cognitivo, terapia ocupacional (autonomia e vida diária), terapia da fala, fisioterapia e desporto adaptado.

A segunda parte do programa passa pelo desenvolvimento vocacional que tem a duração de 4 semanas. Após serem dirigidos os objetivos da fase anterior haverá o desenvolvimento de um projeto profissional, em que o paciente terá experiências de trabalho adequadas às suas capacidades, e que lhe serão apresentadas gradualmente tarefas mais complexas e diversificadas sendo assim desenvolvidas capacidades que favoreçam a empregabilidade e atitudes comportamentais adequadas. No final será feita a avaliação das competências de trabalho dos participantes do programa.

Na terceira parte do programa há a implementação do projeto profissional, havendo a reintegração profissional em que há follow-up e apoio de modo a manter as capacidades

desenvolvidas e gerir as dificuldades que podem surgir nos diferentes contextos da vida do paciente.

A intervenção do programa apresenta resultados de melhoria da satisfação da qualidade de vida nos indivíduos com LCA a todos os níveis, à exceção do domínio físico, que poderá estar relacionado com o facto da intervenção ocorrer na fase pós-aguda, na qual a progressão física já se encontra estabilizada (Almeida et al., 2015). Além da melhoria na qualidade de vida, existe relação do programa com melhorias no funcionamento neuropsicológico, funcionamento na comunidade e perceção de autoeficácia (Guerreiro, 2014).

Papel do Psicólogo no Centro

No contexto da Neuropsicologia Clínica, o psicólogo deve estar atento à expressão comportamental da disfunção cerebral (Lezak, Howieson, Bigler, & Tranel, 2012). No centro para promover este objetivo, o psicólogo faz o acompanhamento do cliente ainda numa fase prévia à sua entrada no programa. Nesta fase, o psicólogo é responsável por realizar uma entrevista e avaliação neuropsicológicas. Deve, assim, estabelecer um processo de interação com o doente que o possa conduzir à procura de informações contextualizadas sobre as características do cliente e dos problemas com que se confronta no momento, recorrendo a vários meios e instrumentos neuropsicológicos.

O centro tem um protocolo de avaliação estandardizado, mas que é suscetível de alterações na eventualidade de haver clientes com especificidades ao nível dos problemas apresentados. Fazem parte deste protocolo de avaliação os seguintes instrumentos: (1) Montreal Cognitive Assessment (MoCA); (2) D2 – Teste de Atenção; (3) sequência de números e letras e Localização espacial da Wechsler Memory Scale III (WMS III); (4) Figura Complexa de Rey; (5) Token Test; (6) Ineco Frontal Screening (IFS); (7) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); (8) Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI); e (9) Teste Stroop – Cores e Palavras, recentemente adicionado.

Terminada esta fase, o psicólogo organiza todas as informações e resultados recolhidos num todo coerente, elaborando as conclusões finais e propostas de intervenção.

No PHRNP, o psicólogo é responsável por orientar as sessões de acompanhamento individual de Psicologia, o treino cognitivo e as sessões de treino de competências de relações interpessoais. No final, faz uma reavaliação com o objetivo de analisar a evolução realizada por

cada doente, deixando algumas sugestões futuras e no seu papel de gestor de caso faz o encaminhamento vocacional e profissional.

Atividades desenvolvidas pela estagiária no Programa

A estagiária realizou no programa as seguintes atividades:

- Treino cognitivo;
- Competências de Relações interpessoais;
- Sessões de acompanhamento psicológico;
- Programa de mindfulness;
- Programa “Como gerir Emoções”;
- Sessões de musicoterapia;
- Entrevistas iniciais e avaliações neuropsicológicas.

As atividades serão descritas de seguida e foram aplicadas a um grupo de 10 doentes que foram selecionados pelas suas características.

Treino cognitivo

O treino cognitivo teve três a quatro sessões semanais, sendo cada sessão orientada por psicólogas com duração de 60 a 90 minutos, duas realizadas através do programa NeuronUp e outras duas através do treino de mesa com exercícios de papel e lápis. As sessões ocorreram em grupos de 5 pessoas de modo a que os exercícios fossem melhor adaptados e desenvolvidos de acordo com as capacidades de cada um e de forma a existir maior tempo de assistência por parte da técnica a cada um dos elementos. Durante estas sessões existia o desenvolvimento de variadas capacidades cognitivas como a atenção, concentração, memória, raciocínio lógico, entre outros. Também foi feita psicoeducação à medida que íamos avançando em cada função cognitiva. As sessões eram dirigidas pela estagiária e, também, pela outra estagiária profissional. No fim de cada sessão era realizada uma discussão com a orientadora sobre o trabalho desenvolvido durante a sessão e a evolução de cada cliente nas atividades.

Normalmente, em cada mês era abordada uma função cognitiva e todas as sessões feitas nesse mesmo mês eram sobre essa função específica.

Competências de relações interpessoais

As sessões de treino de relações interpessoais, ocorriam duas vezes por semana com a duração de 90 minutos, orientadas pela equipa de psicologia, tendo como objetivo desenvolver capacidades cognitivas, o relacionamento interpessoal, a flexibilidade e autoaceitação. Um paciente de cada vez que realiza um exercício de comunicação em frente ao grupo com o apoio do orientador que o ajuda no desenvolvimento e organização do exercício quando necessário. Quando finalizada a apresentação, o grupo e a equipa técnica, individualmente dão *feedback* acerca da prestação do paciente. Com estas atividades os pacientes aprendem gradualmente a reconhecer e falar sobre as suas perdas cognitivas e sociais, recuperando sucessivamente a autoestima e a dignidade (Ben-Yishay & Diller, 2011). O nível de dificuldade das atividades realizadas é progressivamente aumentado, tanto em termos emocionais como cognitivos.

Nesta componente de atividade as funções da estagiária passaram pela preparação do exercício dos clientes que acompanhava nas sessões individuais de Psicologia. No exercício propriamente dito, era função dar *feedback* acerca da prestação do cliente e, tinha a responsabilidade de direcionar o exercício, ou seja, fazer com que os *feedbacks* por parte do grupo fossem dados de forma ordeira e bem estruturados. Nos exercícios em que era o cliente a fazer a comunicação era realizado com o cliente acompanhado nas sessões individuais de Psicologia, então a estagiária assumia o papel de orientadora do mesmo.

Sessões de Psicologia

As sessões de Psicologia tinham a duração de uma hora semanal de intervenção individual, orientada por uma psicóloga. Nestas sessões era feito o acompanhamento relativamente ao percurso no programa, evolução e necessidades. Por vezes, eram realizadas sessões de treino cognitivo extra para os pacientes com maiores dificuldades durante as sessões semanais, sendo também, desenvolvido o treino prévio para as atividades das sessões de relações interpessoais e posteriormente feita a visualização e análise dos vídeos da mesma atividade, permitindo ao cliente observar o exercício de um outro ângulo com o objetivo de promover a autoconsciência. Uma vez que a LCA introduz grandes alterações a nível emocional e cognitivo no doente, numa fase primária, é importante abordar essas áreas para o cliente aumentar a sua disponibilidade para enfrentar o percurso (e.g. irritabilidade, raiva, falta de iniciativa, etc.), é extremamente importante trabalhar estas questões numa fase primária, para que o cliente esteja "disponível"

para enfrentar o percurso da RN com vista a atingir um bom estado funcional e a conseguir a autoaceitação (Ben-Yishay & Diller, 2011).

Nestas sessões era realizado um trabalho autónomo com supervisão da orientadora, sendo dado *feedback* relativamente a cada sessão e incorporadas as sugestões para a sessão seguinte.

Programa “Como Gerir Emoções”

O programa incluiu 8 sessões de 90 minutos cada, realizadas uma vez por semana.

Na sessão 1 e 2 foi realizada uma psicoeducação sobre a introdução à doença/incapacidade física e à tristeza, na sessão 3 foi abordada a ativação comportamental, na sessão 4 as técnicas de relaxamento, sessão 5 e 6 os pensamentos, na sessão 7 a resolução de problemas pessoais e interpessoais e na sessão 8 foi realizado um plano para o futuro.

Outras atividades desenvolvidas durante o estágio

Reuniões de supervisão

As reuniões de supervisão do estágio realizavam-se semanalmente com a presença da supervisora e de um grupo de 4 estagiários, nelas era feito um balanço da semana decorrida e era preparada a semana que se iniciava até à reunião seguinte. As reuniões consistiam na partilha de casos clínicos com o objetivo de esclarecer dúvidas relativamente ao processo de avaliação e à planificação da intervenção de cada caso, havendo lugar para o debate e discussão sobre as estratégias de intervenção.

Reuniões de orientação

A orientação ocorria diariamente ao longo de todo o período de estágio, antes e depois de cada sessão com a orientadora, onde eram discutidos os casos, as diferentes estratégias a utilizar e resultados de cada sessão.

Servia, também para abordar questões e dúvidas que iam surgindo ao longo do estágio (e.g. dúvidas quanto à avaliação dos clientes, à intervenção, patologias, etc.)

Havia, ainda, lugar para reuniões com o intuito de monitorizar o percurso e perceber quais as principais dificuldades sentidas pela estagiária.

Apresentação de caso clínico aos alunos de Licenciatura em Psicologia

A estagiária foi convidada pela sua supervisora e apresentou um caso clínico aos alunos do 3º ano de Licenciatura em Psicologia do IUCS, partilhando com eles a sua experiência de estágio.

Sessões de Musicoterapia

Eram realizadas duas sessões semanais, assistindo sempre uma por semana com a duração de 90 minutos. Eram sessões realizadas em grupo, normalmente de 5 pessoas onde eram trabalhadas emoções positivas e negativas através da música com o objetivo de melhorar o humor, a atenção, concentração, a memória, lembranças profundas e entre outros.

Sessões sobre sexualidade pós-LCA

Estas sessões aconteceram uma vez por semana e realizaram-se em 4 sessões de 90 minutos cada. O objetivo foi instruir os clientes sobre a sexualidade após a lesão sofrida, dúvidas que teriam, etc.

Grupo acompanhado

Como referido anteriormente, o PHRNP conta com uma intervenção em grupo e individual. Durante o estágio foi acompanhado um grupo. Na tabela 1 encontra-se uma breve descrição do grupo.

Tabela 1 - Caracterização do grupo acompanhado

Paciente	Sexo	Idade	Lesão	Data da Lesão	Consequências
A	Feminino	19	PCR anoxia	2019	Funções da linguagem (leitura e escrita) Funções cognitivas (cálculo)
B	Feminino	30	PCR – encefalopatia hipóxica- isquêmica	2019	Atenção, memória e funções emocionais Função da visão Funções padrão da marcha
C	Feminino	46	AVC	2019	Atenção, memória e funções executivas Hemiparesia esquerda ligeira
D	Masculino	39	Aneurisma	2010	Memória Força física, fadiga fácil
E	Feminino	50	TCE acidente de viação	2012	Equilíbrio, tonturas, fadiga fácil. Atenção, memória e funções executivas.
F	Masculino	64	AVC	2019	funções mentais, hemiparesia esquerda disartria discreta
G	Masculino	55	Acidente de viação com AVC	2019	Desregulação emocional Força muscular, fadiga fácil
H	Masculino	53	AVC isquêmico	2018	Memória, visão, sensação dor, tónus

					muscular padrão da marcha
I	Feminino	18	Hidrocefalia	2018	Alteração das funções mentais, neuro-músculo-esqueléticas (força muscular, coordenação e equilíbrio)
J	Feminino	59	AVC	2020	Funções cognitivas e emocionais

O grupo era constituído por dez elementos, sendo que destes, seis eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Relativamente à etiologia da lesão, é um grupo bastante heterogéneo, havendo casos de traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC), anoxia, encefalopatia hipóxica-isquémica, aneurisma e hidrocefalia. As idades eram compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M=43.3$), quanto à data da lesão, podemos ver que a maioria dos clientes tinha sofrido a lesão cerebral há relativamente pouco tempo, em média há dois anos, e apenas dois casos a lesão tinha ocorrido há mais tempo (dez e oito anos).

CAPÍTULO II

A estagiária acompanhou de forma individual dois dos doentes que frequentavam o programa holístico e as suas diferentes valências que, de seguida, são escritos detalhadamente.

Caso Clínico D

Características gerais do doente

D. atualmente com 39 anos, do sexo masculino, é natural de França onde viveu até aos 18 anos de idade e fez a escolaridade básica até ao seu 9ºano. Quando regressou a Portugal teve equivalência para os estudos e ingressou no 10º ano, no entanto, a adaptação não foi muito fácil (sic.), mas concluiu o ensino secundário através do RVCC. Então, ingressou no mercado de trabalho e começou a trabalhar como repositor de loja na secção de frutas e legumes durante 2 anos. Em seguida, passou a efetivo onde lhe propuseram um posto de trabalho superior como vendedor de eletrodomésticos onde trabalhou durante 13 anos numa empresa em Santa Maria da Feira. Mais uma vez, foi muito complicada a adaptação para este novo posto, uma coisa totalmente diferente do que tinha feito, mas conseguiu e é do que se orgulha e gosta mais de fazer.

Vive com os seus pais no Concelho de Ovar, em Arada. O pai tem 64 anos e a mãe 65 anos.

Tem uma irmã, 10 anos mais velha, atualmente com 49 anos de idade que vive em França e tem 2 filhos, sobrinhos de D..

Tem um filho com 13 anos que vive em Angola com a mãe, ex-companheira de D. da qual se separou logo após sofrer o aneurisma e o AVC.

Como passatempo, adora estar com o filho e aproveita cada minuto quando está com o mesmo e, também adora dançar Kizomba ao fim de semana, descobriu isto depois da LCA.

Atualmente encontra-se desempregado por causa das suas incapacidades, no entanto, está sempre à procura de trabalho na área de que gosta.

História Clínica

Em abril de 2012, de manhã D. acordou com uma dor muito forte na barriga à qual não deu muita importância, levantou-se, foi à casa de banho e desmaiou, perdeu os sentidos. Passado algum tempo voltou a recuperar os sentidos, D. acha que foi pela preocupação que tinha com o seu filho recém-nascido, pois estava a cuidar dele enquanto a companheira tinha ido trabalhar (sic), então pediu ajuda aos seus pais e de imediato foi para o hospital São Sebastião, em Santa Maria da Feira. Foi realizada uma TAC onde se descobriu que se tratava de uma má formação na artéria venosa, que estava prestes a rebentar e que já tinha dado sinais de sangramento. Foi transferido para o hospital de São João para a Unidade de Neurocirurgia e aí foi operado ao cérebro, mais concretamente ao aneurisma que tinha.

Decidiu pedir uma segunda opinião em França (Bordéus), no hospital Pellegrin. O médico responsável decidiu fazer uma angiografia para ver se se poderia tratar o aneurisma com uma nova técnica desenvolvida nos Estados Unidos e, posteriormente em França que tem o nome de "embolização" que faz com que o fluxo sanguíneo diminua nas artérias. D. realizou no total 4 operações. Na primeira embolização foi retirado um pouco do líquido que circula à volta do cérebro e correu bem, como na segunda. Na terceira, ao fazer o procedimento ocorreu um AVC que deixou D. com o lado esquerdo do corpo paralisado e com défices grandes de memória. Posteriormente foi transferido para um Centro de Reabilitação onde ficou 1 mês, começou por andar de cadeira de rodas e depois passou a andar com uma bengala quando saiu de lá. Regressou a Portugal, começou a fazer fisioterapia em Ovar e recuperou 90% da sua capacidade motora e passou a andar sem apoios.

Passado algum tempo, foi-lhe proposta uma nova embolização, D. recusou por ser muito perigosa para a sua vida, então foi-lhe dada uma alternativa não tão invasiva, sendo ela uma radioterapia que realizou há 2 anos atrás e foi horrível e ainda não sabem se funcionou ou não (sic.).

Depois disso, tentou regressar à vida ativa procurando trabalho, mas sem sucesso por causa do seu estado físico que não transmite o seu estado cognitivo, devido à sua falta de memória.

D. conheceu o Centro por meio de uma amiga, que já tinha tido o filho lá e acompanhou-o a Arcozelo para fazer a inscrição.

No momento da avaliação no Centro a junho de 2020 as consequências visíveis do aneurisma e do AVC passam pelas alterações significativas em algumas funções mentais, nomeadamente ao nível da memória.

Foi proposta uma intervenção no programa de atualização e recuperação de competências sociais e pessoais para pessoas com LCA, com o objetivo de estimular as funções cognitivas em prejuízo, assim como trabalhar a sua autonomia e gestão emocional.

Classificação da Funcionalidade

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), oferece a categorização de domínios relacionados com a saúde e de domínios do bem-estar relacionados com a saúde, proporcionando a sua compreensão e estudo, tendo sido desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma das aplicações da CIF é referente à parte clínica que inclui a reabilitação, avaliar competências profissionais e resultados (Leitão, 2004). Sendo assim, D. apresenta a classificação da funcionalidade demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação da Funcionalidade de D.

Funções do Corpo		
Código	Categoria	Qualificador
b265	Função táctil	b265.2
b270	Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	b270.2
b280	Sensação de dor	b280.2
b730	Funções da força muscular	b730.1
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha	b770.2

O qualificador é utilizado para assinalar a extensão e a magnitude de uma deficiência.

xxx.0 nenhuma deficiência (nenhuma, ausente, escassa) 0-4%

xxx.1 deficiência ligeira (leve, pequena) 5-24%

xxx.2 deficiência moderada (média) 25-49%

xxx.3 deficiência grave (grande, extrema) 50-95%

xxx.4 deficiência completa (total) 96-100%

Avaliação Neuropsicológica

Antes da entrada no programa foi realizada uma avaliação neuropsicológica inicial de modo a fornecer um diagnóstico fiável sobre as competências do paciente para integrar e beneficiar desta intervenção, para isso é necessário através da avaliação, compreender as consequências da lesão cerebral a nível cognitivo, ser feita a avaliação das habilidades interpessoais, a consciência dos défices e a sua capacidade de resposta às intervenções, por norma tudo isto é feito através dos testes anteriormente referenciados, onde foi possível concluir que o cliente apresentava como principal dificuldade cognitiva, a dificuldade de memória.

Tabela 3 - Resultados da Avaliação Neuropsicológica de D.

Instrumento	Característica Avaliada	Pontuação do Cliente	Média (M); Desvio Padrão (DP); Percentis (P)	Interpretação
MoCA	Declínio cognitivo	16/30 pontos	$M=27,4$; $DP=1,86$	Revela declínio cognitivo
d2	Atenção seletiva e capacidade de concentração	(TC): 329 (TA): 66 (TC-E): 258 (IC): 66 (IV): 21 (E%): 21,5	Percentil 40 Percentil 10 Percentil 20 Percentil 20 Percentil 35 Percentil 15	Os valores revelam alguma dificuldade de atenção e concentração
HADS	Nível de ansiedade e depressão	Depressão - 5 pontos Ansiedade - 7 pontos		Pontuações indicadoras de sintomatologia depressiva leve e ansiosa moderada
WMS (memória de trabalho) Somatório	Memória de trabalho	Total 12 pontos	Índice 77 Percentil 6	Demonstram algumas dificuldades de memória de trabalho

Figura Complexa de Rey	Capacidade de organização perceptivo-motora, atenção e memória visual imediata	Cópia – 25 pontos Reprodução – 0,5 pontos	$M = 31,17 ; DP = 3,62$ $M = 18,9 ; DP = 5,41$	Em ambas as provas os valores encontram-se abaixo da média, sendo indicador de dificuldades de memória (com interferência)
IFS	Funções executivas	15,5/30 pontos	$M = 24,6 ; DP = 2,8$	Estes valores não revelam alterações muito graves no funcionamento executivo
STROOP	Problemas neurológicos e cerebrais, avaliando os efeitos de interferência entre os dois hemisférios cerebrais	Palavra - Nota T 34 Cor - Nota T 26 Cor-Palavra - Nota T 34 Interferência - Nota T 50		Revelou pontuações ligeiramente abaixo da média, indicador de problemas neurológicos, possivelmente devido à lesão cerebral

Reflexão da Avaliação Neuropsicológica

D. sempre demonstrou motivação para a melhoria dos seus défices cognitivos, apesar da resistência em aplicar as estratégias de compensação aprendidas, fez sempre um esforço extra para atingir os resultados propostos, o que acabou por se refletir no fim do programa.

Intervenção

Plano Individual de Reabilitação

Tendo em conta as dificuldades identificadas, a lista de queixas e outras informações recolhidas, foi possível elaborar o PIR e o PO do cliente com os objetivos para a sua reabilitação (Anexo A e Anexo B, respetivamente).

Foram definidos como objetivos para a intervenção psicológica: (1) reconhecimento das alterações resultantes da lesão cerebral; (2) aprendizagem de estratégias compensatórias das funções mentais e estimulação cognitiva e (3) aprendizagem de estratégias de regulação emocional.

Sessões Individuais de Psicologia

Nas sessões iniciais, D. demonstrava muita raiva e revolta pela situação em que se encontrava e como o país e as entidades empregadoras viam esta situação, é como se o ignorassem e ignorassem a situação em que se encontra, referiu que o seu estado físico não aparenta o seu estado mental e cognitivo (sic.).

D. ainda guarda sentimentos de mágoa da sua irmã, pois diz que ela sente inveja por ele ter a idade que tem e ainda viver em casa dos pais, sente que ele tem mais do que ela (sic).

Em relação ao trabalho, mencionou que os colegas de trabalho, na altura, considerados amigos, quando subiu de posto ficaram com muita inveja e fizeram de tudo para que ele saísse do trabalho onde estava, D. ainda sente muita raiva e mágoa por tudo isso, no entanto, houve algumas amizades que ainda se mantiveram.

Existe uma não aceitação e uma resistência à lesão e às consequências da mesma, D. no início não quis adaptar-se e arranjar estratégias para combater os seus défices, dizia que queria fazer as coisas como fazia antes, sem ajudas e à sua maneira (sic). Isso foi trabalhado ao longo do programa e foi realizado com sucesso, apesar de ainda ter que haver um treino posterior, como podemos ver no Anexo B.

O objetivo principal era trabalhar a não aceitação, a resistência e a recuperação da memória.

D. no final disse que entrou no programa juntamente com os seus companheiros e que foram 6 meses exigentes, mas com resultados bastante positivos, sentiu uma diferença muito grande desde a sua entrada no programa (sic.).

Treino Cognitivo (NeuronUp)

Todas as semanas D. realizou treino cognitivo através do programa NeuronUp, no qual teve oportunidade de praticar diferentes capacidades cognitivas. Os exercícios eram realizados com aumento de dificuldade.

Apresentou durante as sessões sempre uma grande motivação para melhorar e após as sessões também, pedia sempre que lhe enviasse tarefas de casa para que assim conseguisse estimular ainda mais as funções que estavam em déficit e mesmo quando o programa acabou mencionou que gostaria de aceder ao programa de estimulação para nunca perder esta estimulação que era feita e que via diferenças.

D. dava sempre feedback em relação aos exercícios que eram feitos, isso ajudava para saber onde sentiu mais dificuldades e o que poderia ser melhorado numa próxima sessão. Através do feedback e do que consegui observar nas sessões, vi que em algumas delas e em exercícios específicos, D. sentia algumas dores de cabeça que tinham grande influência nos resultados e, também, alguma falta de concentração e atenção. Então, fui reduzindo o tempo de alguns exercícios, pois D. não conseguia manter a atenção devido ao tempo que estava estipulado no exercício e os exercícios iam variando dentro de cada função cognitiva a estimular para que o cliente não ficasse cansado e desmotivado.

Dando prioridade ao treino cognitivo da atenção e memória, pôde ser observado que D. apresentou melhoria em todas as sessões, salvo raras exceções que já foram mencionadas anteriormente.

Treino Cognitivo de Mesa (Papel e Lápis)

Nos exercícios realizados durante o treino cognitivo de mesa, as maiores dificuldades passavam pelos exercícios que envolviam memória e atenção, tendo sempre sido incentivado pelos colegas a continuar mesmo quando falhava e pelo próprio de querer chegar mais longe e conseguir fazer melhor. Apesar das dificuldades, demonstrava uma grande vontade de melhoria, pois pedia sempre mais exercícios nos quais tinha dificuldades e queria sempre saber onde tinha errado para depois tentar fazer melhor. O esforço foi contínuo nos diferentes exercícios apresentados, demonstrando sempre grande entusiasmo quando conseguia resolver os problemas corretamente.

Reflexão Caso D

D., beneficiou em plenitude da sua permanência no programa, tanto a nível físico como psicológico. Relativamente às dificuldades apresentadas inicialmente como a inflexibilidade em aceitar opiniões diferentes das suas, conseguiu mostrar uma maior abertura e maior aceitação

quando lhe eram apresentadas opiniões/sugestões diferentes das suas, embora ainda com alguma dificuldade. As melhorias ao nível da autorregulação emocional e social podem estar relacionadas com o formato de grupo da maioria das atividades (Caracuel et al., 2012). Em relação ao treino da utilização eficaz e sistemática das estratégias de compensação da memória, verificou-se uma melhoria na utilização das estratégias de compensação da memória, revelando alguma automatização na utilização destas estratégias. Conseguiu, também, a nível cognitivo progredir nos diferentes aspetos durante o programa estando, assim, pronto para a etapa seguinte, a profissional. O maior foco da reabilitação neuropsicológica é a reabilitação cognitiva, por isso mesmo as melhorias dos pacientes são maioritariamente a nível cognitivo, desta forma, a cognição depois do programa aparenta ser o domínio com maior alteração (Cracuel et al. 2012).

Sugeriu-se, no fim do programa, a frequência de algumas formações a curto prazo no Centro, de um programa de apoio à colocação para que encontre o trabalho ideal segundo a sua condição existente e plano de regresso ao trabalho progressivo.

Caso Clínico M

Características gerais do doente

M. tem 19 anos, é do sexo feminino, solteira e tem o 10º ano de escolaridade. Estava a frequentar o 11º ano do curso profissional de estética, com equivalência ao 12º ano. Reside com os pais e uma irmã em Espinho. Tem mais uma irmã que tem uma filha (sobrinha de M.) e vive noutra casa. O pai tem 55 anos e trabalha numa fábrica de cortiça, a mãe tem 54 anos e está desempregada, a irmã que vive com ela tem 25 anos e trabalha como secretária na junta de freguesia, a outra irmã tem 30 anos e a sua sobrinha tem 12 anos. Vive numa moradia de 2 andares e para não ter de subir escadas mudaram o seu quarto para o andar de baixo. Participa nas tarefas domésticas e sente-se bem em poder ajudar, todavia, refere sentir cansaço quando o faz devido ao desequilíbrio. É autónoma nas atividades de vida diária e nos cuidados de higiene, no entanto, é necessária a ajuda de outra pessoa para subir para a banheira e, por vezes, a mãe ajuda-a a tomar banho. Dentro de casa faz marcha sem apoio, mas no exterior utiliza produto de apoio (canadiana). Não sai à rua sozinha por medo de se desorientar, pelas dificuldades de equilíbrio e por sentir a perna com menos força. Utiliza transportes adaptados. Neste momento não está a frequentar a escola e não tenciona renovar matrícula. Diz sentir que, voltar à escola não será boa ideia, uma vez que, refere ter perdido algum conhecimento, seria difícil utilizar o transporte público e voltar à escola "normal" faria com que fosse gozada pelos outros jovens.

Antes de sofrer a lesão tinha como passatempos o zumba e o pilates, agora apenas se dedica a estar com a família ao domingo e a fazer palavras cruzadas. Nunca teve muitos amigos, sofreu de bullying durante a infância e a adolescência. A partir do momento em que começou a frequentar o curso profissional de estética com equivalência ao 12º ano fez amigas com quem se relaciona até hoje. Não é muito social e não tem iniciativa, sempre que sai com as amigas é a mãe que lhe diz para o fazer.

Descrição Clínica

A 1 de dezembro de 2018 M. estava em casa e começou a ficar muito branca e quase a desmaiar, então, os pais viram o que estava a acontecer e decidiram leva-la para o hospital. M. não se lembra muito bem de tudo o que aconteceu e de como se sentia.

Trata-se de um diagnóstico de empiema cerebeloso e hidrocefalia no contexto de sinusite maxilar esquerdas e celulite pós septal. Submetida a craniectomia descompressiva da fossa posterior e drenagem sinusite a 2-12-18 e colocação de drenagem ventrículo-peritoneal a 4-3-19. Passou por um período de 2 meses no Centro de Reabilitação do Norte (CRN) onde fez Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Psicologia. Atualmente fazia Fisioterapia todos os dias e Terapia da Fala uma vez por semana numa clínica em Anta. Com a situação atual de pandemia, mantém apenas as sessões de Terapia da Fala via videoconferência. M. fazia toma de medicação.

Não incluía doenças prévias, tinha realizado 4 operações. Tinha Hidrocefalia e sofreu um AVC seguido de uma das operações, ficou com uma alteração das funções mentais e neuro-músculo-esqueléticas (força muscular, coordenação e equilíbrio).

Foi encaminhada para o Centro através da sua psicóloga do Centro de Reabilitação do Norte (CRN) com o objetivo de se reabilitar a nível cognitivo e físico para voltar a ser ativa.

Foi proposta uma intervenção no programa de atualização e recuperação de competências sociais e pessoais para pessoas com LCA, com o objetivo de estimular as funções cognitivas em prejuízo, assim como trabalhar a sua autonomia e gestão emocional.

Classificação da Funcionalidade

A CIF junta diferentes domínios da pessoa com uma determinada condição de saúde, permitindo descrever a sua funcionalidade e as suas restrições (Leitão, 2004). Sendo que M., apresenta a classificação demonstrada na Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação da Funcionalidade de M.

Funções do Corpo		
Código	Categoria	Qualificador
b620	Funções miccionais	b620.1
b730	Funções da força muscular	b730.2
b760	Funções de controlo do movimento voluntário	b760.2
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha	b770.2

O qualificador é utilizado para assinalar a extensão e a magnitude de uma deficiência.

xxx.0 nenhuma deficiência (nenhuma, ausente, escassa) 0-4%

xxx.1 deficiência ligeira (leve, pequena) 5-24%

xxx.2 deficiência moderada (média) 25-49%

xxx.3 deficiência grave (grande, extrema) 50-95%

xxx.4 deficiência completa (total) 96-100%

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica de M. foi realizada antes da integração no programa de reabilitação. Os resultados da avaliação encontram-se descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Resultados da Avaliação Neuropsicológica de M.

Instrumento	Característica Avaliada	Pontuação do Cliente	Média (M); Desvio Padrão (DP); Percentis (P)	Interpretação
MoCA	Declínio cognitivo	28/30 pontos	$M = 27,39; DP = 1,80$	Funcionamento cognitivo geral normal, para a sua idade e escolaridade
d2	Atenção seletiva e capacidade de concentração	(TC): 393 (TA): 159 (TC-E): 387 (IC): 159 (IV): 279 (E%): 1.5	Percentil 35 Percentil 60 Percentil 45 Percentil 60 Percentil 95 Percentil 85	Dentro dos valores médios, ou seja, não apresenta dificuldade de atenção e concentração

Token Test	Compreensão da linguagem	19/22 pontos	$M=18,6$; $DP=5,5$	Pontuação dentro de valores normativos para a compreensão da linguagem
HADS	Nível de ansiedade e depressão	Depressão - 8 pontos Ansiedade - 10 pontos		Pontuações indicadoras de sintomatologia depressiva e ansiosa leve.
WMS (memória de trabalho) Somatório	Memória de trabalho	Total 19 pontos	Índice 98 Percentil 45	Valores médios, não existem dificuldades de memória de trabalho
Figura Complexa de Rey	Capacidade de organização perceptivo-motora, atenção e memória visual imediata	Cópia - 30 pontos Reprodução - 14,5 pontos	$M = 31,17$; $DP = 3,62$ $M = 18,9$; $DP = 5,41$	Valores médios a sua idade.
IFS	Funções executivas	22,5/30 pontos	$M = 24,6$; $DP = 2,8$	Valor médio baixo, não revela alterações muito graves no funcionamento executivo
Trail Making Test	Atenção dividida	Parte A = P6-10 Parte B = P19-28	P. escalar = 6 P. escalar = 8	Demonstrou ligeiras dificuldades no processamento de informação.
AVLT	Memória declarativa episódica	Aprendizagem total P6-10 Aprendizagem ao longo dos ensaios P41-59 Retenção a longo prazo P41-59	P. escalar = 6 P. escalar = 10 P. escalar = 10	Ligeira dificuldade de aprendizagem, não obstante, revelou capacidade de aprendizagem ao longo dos ensaios e capacidade de reter informação a longo prazo.

TeLPI	Nível de funcionamento intelectual pré-mórbido	QIEC = 109.696 QIV = 111.041 QIR = 106.665		Os valores revelam inteligência pré-mórbida dentro da média.
STROOP	Problemas neurológicos e cerebrais, avaliando os efeitos de interferência entre os dois hemisférios cerebrais	Palavra - Nota T 42 Cor - Nota T 36 Cor-Palavra - Nota T 27 Interferência - Nota T 58		Revelou pontuações estatisticamente significativas para défice ligeiro na sub-prova cor, e para défice moderado na sub-prova cor-palavra.

Reflexão da Avaliação Neuropsicológica

Demonstrou-se cooperante e envolvida no processo de avaliação. Durante a avaliação demonstrou alguma dificuldade no controlo emocional, apresentado um riso transversal a praticamente todo o momento de avaliação. No entanto, esta manifestação não acontecia durante a realização de provas escritas, mas apenas quando era necessária comunicação oral. Segundo a avaliação breve do seu estado mental, não são identificados sinais de défice cognitivo geral. Todavia, foram registadas ligeiras dificuldades de aprendizagem verbal, atenção seletiva, velocidade de processamento e controlo inibitório. Algumas das dificuldades registadas através da avaliação são congruentes com os dados de observação onde M. demonstrou dificuldade de controlo emocional com dificuldade em controlar alguns comportamentos um pouco desajustados ao momento, nomeadamente, risos, tendo sido, ainda, observada alguma impulsividade durante a realização das provas de avaliação com dificuldade em ouvir algumas instruções até final. Mantém as competências de linguagem, memória verbal e visual, visuo-construtivos, memória de trabalho e de atenção e concentração. Através da avaliação percetiva da sua qualidade de vida, revelou ligeira insatisfação face à sua qualidade de vida em geral com maior insatisfação em relação à sua capacidade de desenvolver atividades de vida diárias e de envolver-se em atividades sociais. De acordo com os valores obtidos na escala de autorrelato, apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa ligeira.

Intervenção

Plano Individual de Reabilitação

Tal como mencionado no cliente anterior, tendo em conta as dificuldades identificadas, a lista de queixas e outras informações recolhidas, foi possível elaborar o PIR e o PO do cliente com os objetivos para a sua reabilitação (Anexo C e Anexo D, respetivamente).

Foram definidos como objetivos para a intervenção psicológica: (1) reabilitar e/ou compensar as funções cognitivas alteradas; (2) aumentar o bem-estar emocional e (3) desenvolver estratégias de compensação das alterações cognitivas que apresenta, com vista a aumentar a sua autonomia pessoal e participação social.

Sessões Individuais de Psicologia

Na 1ª consulta M. estava bastante tímida, entretanto foi dado espaço para se sentir à vontade, começou a chorar e a partir daí desenvolveu bastante sobre a sua situação e a sua história. Nesse dia chegou mais tarde, pois tinha vomitado (já é uma coisa recorrente na sua vida, pois no dia anterior quando voltou para casa do Centro vomitou e quando andava na escola, mencionou que também vomitava muito) e não queria ir para o Centro. Estava muito frágil, dizia que não conseguia, que não era capaz, que era muita coisa para a vida dela esta nova rotina, estava habituada a estar em casa.

Tinha consciência do que está a sentir e quer ir para o Centro, mas a cabeça não deixa (sic).

Pensa muito no futuro da mãe, pois é o seu apoio e se a perder não sabe o que fará da vida dela (sic). Não gosta de chorar à beira da mãe, porque repara que esta fica triste.

Em relação ao comportamento e psicomotricidade, no início da consulta mostrou-se apreensiva e tímida, só respondia diretamente às questões que lhe fazia, no entanto, a meio da entrevista conseguiu comunicar mais, mexia bastante as mãos, comunicava com o olhar, fazia contacto ocular. M. tem insight, reconhece que tem uma doença.

M. contou que sofreu de bullying durante a sua infância e adolescência, dessa fase não tem nenhum amigo, só a partir do 10º ano, quando foi fazer o seu curso profissional de estética é que essa fase passou e de lá ficou com 2 amigas com quem convive até hoje.

Nos tempos livres gosta de fazer palavras cruzadas, já que agora não consegue fazer zumba e pilates como fazia antes.

Agora já se sente motivada para continuar no curso, já se integrou no grupo e diz que vai conseguir melhorar e vai fazer por isso. Para além disso, a mãe já não fica à espera até ao intervalo para ver se está tudo bem como era no início, nesse aspeto já se tornou um pouco mais independente.

Posteriormente foi explorada a parte do corpo, em que M. diz que tem algumas marcas de ter ficado deitada muito tempo numa cama de hospital, mas diz que vive bem com isso. Está a gostar bastante do programa em que está inserida, já se adaptou à nova rotina e está a reparar nos progressos que fez até agora e nos resultados que estão a aparecer.

Fizemos uma exploração do vídeo que foi realizado na sessão de relações interpessoais em que o objetivo era M. ver-se de outra forma (do lado de fora) e explorar os sentimentos e emoções que estava a sentir quando se visualizava, observava e ouvia os comentários das psicólogas e dos colegas em relação à sua participação. Ao visualizar-se, sentiu-se muito bem a ouvir todos os comentários e ao ver que teve uma boa prestação, isso deu-lhe ainda mais motivação para continuar e fazer mais e melhor. Isto ajudou muito na sua timidez, comunicação e na sua labilidade emocional.

Durante todas as consultas, no início ou no fim era feita uma meditação, pois M. gostava muito e sentia-se melhor durante o dia.

O objetivo principal era fortalecer a autoconfiança, labilidade emocional, gerir as suas emoções, as alterações de humor e melhorar a confiança nas suas competências de comunicação que foi realizado com sucesso, apesar de ainda ter que ser aplicado no dia a dia após o programa para melhorar ainda mais, como se pode observar no Anexo D.

Treino Cognitivo (NeuronUp)

Todas as semanas M. realizou treino cognitivo através do programa NeuronUp, no qual teve oportunidade de praticar diferentes capacidades cognitivas. Os exercícios eram realizados com aumento de dificuldade.

Durante as sessões não apresentou grande motivação para melhorar, apenas fazia os exercícios e após as sessões também, sempre que havia uma ajuda extra, não fazia os exercícios que eram enviados, dizia que não se lembrava.

M. não dava *feedback* em relação aos exercícios que eram feitos, no entanto, se lhe perguntasse já dizia como lhe tinha corrido, não tinha iniciativa, como já tínhamos visto na entrevista inicial. Quando tinha algum tipo de dificuldade e errava, maior parte das vezes não pedia ajuda,

quando era oferecida ajuda M. aceitava e já conseguia sair-se melhor nos exercícios, refletindo-se no resultado final.

Através do que consegui observar, em algumas sessões e exercícios específicos, M. sentia algumas dores de cabeça e cansaço, no entanto, isso não impedia os seus bons resultados, salvo raras exceções que isso lhe provocava alguma falta de atenção.

Dando prioridade ao treino cognitivo da atenção seletiva, velocidade de processamento e controlo inibitório, foi observado que M. apresentou melhoria em todas as sessões, salvo raras exceções que já foram mencionadas anteriormente.

Treino Cognitivo de Mesa (Papel e Lápis)

Nas atividades de treino cognitivo de mesa, quando eram apresentadas maiores dificuldades, ainda se debatia antes de pedir ajuda e quando apresentados planos alternativos para a resolução de problemáticas ia demonstrando alguma rigidez querendo sempre conseguir sem ajuda, o que por vezes se revelava um entrave, noutras vezes demonstrou ser uma mais-valia esta persistência para conseguir a resolução do exercício. Na resolução dos diversos exercícios de papel e lápis tinha bons resultados e tentava sempre ajudar os colegas com mais dificuldades que ela.

Reflexão Caso M

M., beneficiou em plenitude da sua permanência no programa, tanto a nível físico como psicológico. Relativamente às dificuldades apresentadas inicialmente como a autoconfiança, labilidade emocional, gestão das suas emoções e as alterações de humor, verificou-se uma melhor gestão emocional, começando a ser capaz de se ajustar ao evento. Já tem maior facilidade em se comunicar com os outros, valorizando assim, o seu desempenho e tornando-se mais confiante naquilo que é capaz de fazer. As melhorias ao nível da autorregulação emocional e social podem estar relacionadas com o formato de grupo da maioria das atividades (Caracuel et al., 2012). Em relação a melhorar a confiança nas suas competências de comunicação, verificou-se uma melhoria nas competências comunicacionais, tendo menor ansiedade associada ao seu desempenho e sendo mais realista a avaliar o seu desempenho.

Foi um caso desafiante, no início revelou dificuldade em confiar, pelo que foi importante criar um espaço seguro para que M. se sentisse com capacidade para partilhar o seu sofrimento, à

medida que foi passando o tempo houve uma maior abertura e aceitação. M. foi-se adaptando a um novo local, nova rotina e novos amigos, coisas que já não faziam parte da sua vida há algum tempo, no decorrer de tudo isto, as sessões de psicologia também foram correndo melhor.

Sugeriu-se, no fim do programa, um plano de regresso aos estudos, à formação de longa duração e dupla certificação designada de Assistente Administrativo – nível 2, para que assim consiga aplicar aquilo que aprendeu no programa em que esteve inserida e volte à vida ativa.

Reflexão Final

Na finalização deste percurso, é essencial refletir sobre a importância desta experiência no percurso profissional como estagiária, que se tornou gratificante não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

Desde que ouvi falar do Centro e do que lá era feito, fiquei deslumbrada e foi sempre o local de estágio que desejava ir, tive a sorte de conseguir estagiar lá e quando cheguei não me desiludiu, realmente estava certa quando queria ir para o Centro, conheci pessoas incríveis, com uma força sem igual. Cresci e aprendi muito com todos os casos que acompanhei, apesar de todos eles serem muito diferentes.

No começo deste percurso eram muitas as dúvidas, inseguranças e ansiedade por ser uma nova fase repleta de desafios e obstáculos, estando perante um programa que tinha na sua constituição um diverso número de atividades a nível individual e coletivo. Desde o início fui bastante bem acolhida por toda a equipa do Centro, mas também pelo grupo que acompanhei, pessoas bastante acolhedores, disponíveis e que confiaram no meu trabalho e dedicação. A equipa foi sendo uma fonte de conhecimento e sabedoria com a qual foi possível partilhar dúvidas e receber apoio.

Durante as primeiras sessões de grupo era tempo de aprender como era o funcionamento do programa e de estabelecer relação com os clientes do grupo, tendo sido extremamente prazerosa a forma como a relação foi sendo cada vez de maior união. Nas sessões individuais era tempo de pôr em prática o que tinha sido aprendido na teoria, que desde já, ajudou bastante, todas aquelas aulas que tive no meu curso,, acho que foram fontes de muito suporte para que me conseguisse sair melhor. Mas, claro que não era suficiente, há coisas que não se aprendem só com a teoria, mas sim com a prática e era necessário recorrer à experiência de quem vive de perto com a realidade há muito tempo e que já conta com um longo período de prática que naquele momento me poderia ajudar, tendo sido a minha orientadora e supervisora de estágio grandes fontes de suporte e de partilha de conhecimento.

Na passagem para o Centro e o percurso realizado no estágio possibilitou a aprendizagem/prática de técnicas de entrevista nos acompanhamentos individuais, da LCA e das suas implicações na vida dos indivíduos, da importância de um modelo holístico da intervenção junto desta população, competências de avaliação, o contacto com o mundo do trabalho, aprender a trabalhar em equipa, o desenvolvimento de competências relacionais e o superar os meus próprios desafios.

Em relação aos casos que acompanhei, eram completamente diferentes, um dos clientes era bastante aberto e conseguia trabalhar muito bem com ele, ele queria melhorar e sentia que eu o poderia ajudar nessa sua progressão, sendo por vezes um impeditivo, porque se tornou demasiado afeiçoado a mim e, no fim, tive que trabalhar bem a sua independência desta terapêutica. No outro caso, a cliente era muito tímida, não gostava de partilhar nem de falar muito, o que me fez pensar que não ia conseguir e que era incapacitante, mas com o passar do tempo fui conseguindo aplicar as técnicas que aprendi e consegui estabelecer relação terapêutica com a cliente desde o início, foi muito bom também ver esta evolução na sua comunicação e como eu a consegui ajudar.

Nunca é demais evidenciar a motivação para a autonomia que a minha orientadora propôs desde uma fase precoce do estágio, o que me deu motivação para cada vez trabalhar mais, de forma a me sentir mais motivada e segura no meu trabalho.

Senti alguma dificuldade em dominar com facilidade a linguagem clínica, senti também que faltava algum conhecimento e treino, mas talvez seja essa a razão que me leva a querer continuar e progredir sem ficar saturada desta profissão e deste trabalho que tenho a fazer, a aprendizagem é constante. A psicóloga estagiária júnior, que esteve comigo, também me ajudou imenso em todas as sessões que tínhamos juntas e em qualquer dúvida que me ia surgindo, foi sem dúvida uma fonte de apoio, acho que nos fomos ajudando mutuamente e que o trabalho foi fluindo bastante bem, fazendo com que tudo isso transparecesse para o grupo.

Aprendi e cresci muito com esta fase que vivenciei, no entanto, acho que ainda poderia ter aprendido mais, talvez isso aconteça quando fizer o meu estágio profissional. Sem dúvida que tentei sempre dar o meu melhor em tudo o que fazia e tenho o sentimento de dever cumprido. Para finalizar, desde o início do curso que o meu objetivo era, no futuro integrar uma equipa de reabilitação neuropsicológica, nesta experiência acabou por se tornar ainda mais evidente o gosto que tenho por esta área da psicologia e reforçar a importância da psicologia nesta área. Foi, sem dúvida prazeroso poder observar, no fim, a melhoria dos clientes e a felicidade deles na sua recuperação, então, fica a certeza de que houveram dificuldades, mas isso também foi possível ajudar a que as coisas se tornassem melhores. Se tinha dúvidas que este era o caminho a seguir, já não as tenho.

Bibliografia

Almeida, I., Guerreiro, S., Martins-Rocha, B., Dores, A. R., Vicente, S. G., Barbosa, F., & Castro-Caldas, A. (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologica*, 58(2), 61-74.

Bateman, A. (2014) On Holistic NeuroPsychological Rehabilitation: A Perspective from Oliver Zangwill Center. *Brain Injury*. Vol 11 (2), 8-10

Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. Oxford University Press.

Caracuel, A., Cuberos-Urbano, G., Santiago-Ramajo, S., Vilar-Lopez, R., Coín-Megias, M. A., Verdejo-Garcia, A., & Pérez-García, M. (2012). Effectiveness of holistic neuropsychological rehabilitation for Spanish population with acquired brain injury measured using Rasch analysis. *NeuroRehabilitation*, 30(1), 43-53.

Guerreiro, S. D. B. B. (2014). Avaliação dos impactos de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica: medidas de ativação cerebral, funcionamento cognitivo, estabilidade emocional, funcionalidade e qualidade de vida.

Leitão, A. (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Lisboa: Organização Mundial de Saúde*.

Lezak, M. D. (1987). Relationships between personality disorders, social disturbances, and physical disability following traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*.

Lezak, M. D. (1988). Brain damage is a family affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10(1), 111-123.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.

Nehra, A., Bajpai, S., Sinha, S., & Khandelwal, S. (2014). Holistic neuropsychological rehabilitation: grief management in traumatic brain injury. *Annals of neurosciences, 21*(3), 118.

Prigatano, G. P. (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(3), 360.

Sarajuuri, J. M., & Koskinen, S. K. (2006). Holistic neuropsychological rehabilitation in Finland: The INSURE program—a transcultural outgrowth of perspectives from Israel to Europe via the USA. *International Journal of Psychology, 41*(5), 362-370.

Wilson, B. A. (2003). The theory and practice of neuropsychological rehabilitation: an overview. *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice, 10*.

Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 4*, 141-162.

Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press.

Anexos

Anexo A – Programa Individual de Reabilitação de D.

Plano de Reabilitação para a Vida Ativa e Profissional

Nome	D.
------	----

1. Impactos da doença na funcionalidade e potencial de desenvolvimento

D. atualmente com 39 anos, é natural de França onde viveu até aos 18 anos. Em Portugal concluiu o ensino secundário através do RVCC. Trabalhou durante 15 anos como vendedor de eletrodomésticos numa empresa em Santa Maria da Feira. Vive com os seus pais no Concelho de Ovar em Arada.

Apresenta um quadro malformação arteriovenosa cerebral diagnosticada pelos 20 anos. Fez 3 intervenções para embolização e radiocirurgia. Apresenta alteração das funções mentais (memória), neuromusculoesqueléticas (hemiparesia esquerda ligeira), sensoriais e dor (alterações sensibilidade à esquerda, cefaleias recorrentes e raquialgias).

Atualmente encontra-se desempregado. Revela motivação e capacidade de compromisso com o seu plano de reabilitação. Reconhece as dificuldades atuais e procura apoio para reconstruir um projeto de vida ativa compatível com a sua condição atual.

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

O programa de atualização e recuperação de competências sociais e pessoais tem por objetivo contribuir no seu processo de reabilitação de forma a potenciar a recuperação.

Tendo em conta as necessidades identificadas torna-se pertinente a participação no programa de reabilitação neuropsicológica, com a duração máxima de 670 horas, visando o/a:

- reconhecimento das alterações resultantes da lesão cerebral;
- aprendizagem de estratégias compensatórias das funções mentais e estimulação cognitiva;
- aprendizagem de estratégias de regulação emocional;
- melhoria da força muscular, da sintomatologia raquidiana e do padrão de marcha com vista ao incremento da autonomia nas AVD;
- reconstrução de um projeto de vida ativa.

3. Intervenções

O programa compreende um conjunto de intervenções estruturadas nos seguintes domínios de intervenção e respetivos objetivos que se apresentam de seguida.

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.	90 h
Comunicação e relações interpessoais	D. Consolidar competências de comunicação interpessoal.	75 h

3. Intervenções

	E. Desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal ajustadas.	
Autonomia no quotidiano	F. Desenvolver competências para a realização autónoma das atividades de vida diária, compatíveis com o seu quadro funcional.	130 h
Competências para a vida diária	G. Promover o bem-estar físico através da prática de atividade física adaptada. H. Aprendizagem das tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	145 h
Reabilitação cognitiva / Psicomotora / visual	I. Promover a aceitação da nova condição de funcionalidade. J. Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional e comportamental. K. Melhoria da força muscular, da sintomatologia raquidiana e do padrão de marcha.	De acordo com as necessidades identificadas
Experiências de trabalho	L. Desenvolver ritmos e posturas de trabalho adequadas.	230 h

4. Calendarização

Data de início:

Data prevista de conclusão:

5. Monitorização e avaliação

A monitorização do programa ocorre bimestralmente, envolvendo o gestor de caso do Centro e o cliente. A avaliação da participação no programa e dos resultados concretizados ocorrerá até 15 dias após conclusão do plano, envolvendo o gestor de caso, o cliente e a família.

Anexo B – Plano Operacional de D.

Plano Operacional

Dados Gerais	
Cliente: D.	Nº:
Data de início:	
Data de fim:	

Percurso de Formação

Objetivo Específico	Atividades	Duração	Periodicidade
Desenvolver competências de trabalho fundamentais para novas exigências profissionais e desenvolver comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolvimento de competências manuais e de praxis.	Planeamento e execução de construções com diferentes materiais.	De acordo com o cronograma	2x/3x semana
Promover a educação para a higiene e segurança no trabalho, hábitos de vida saudáveis, proteção articular, conservação de energia, gestão e planeamento financeiro e equilíbrio ocupacional. Promover a participação em atividade significativas, reconhecendo a sua importância para um envolvimento ocupacional eficaz	Atividades estruturadas Dinâmicas de grupo Simulações em contexto protegido	De acordo com o cronograma	2x/3x semana
Treino da utilização eficaz e sistemática das estratégias de compensação da memória.	Treino Cognitivo	60-90 min.	3x Semana.
Desenvolvimento da flexibilidade de forma a aceitar opiniões diferentes das suas.	Acompanhamento Psicológico	60 min.	Semanal.
Usar as tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	Execução de exercícios diversos, utilizando o computador e o telemóvel para pesquisa na Internet, uso de correio eletrónico e de rede social (Facebook - grupo e eventos), além de outras ferramentas do computador.	1h45	1 x semana
Atualizar competências de procura ativa de emprego.	Elaboração de CV; Apresentação pessoal; exploração das novas estratégias de recrutamento e seleção.	1h45	1x semana

--	--	--	--

Avaliação Final

Objetivos Específicos	Evidências	Nível de concretização ¹	Recomendações
Desenvolver competências de trabalho fundamentais para novas exigências profissionais e desenvolver comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolvimento de competências manuais e de praxis.	Desenvolveu competências de trabalho e comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolveu competências manuais e de praxis. Envolvido e motivado durante todo o programa.	3	
Promover a educação para a higiene e segurança no trabalho, hábitos de vida saudáveis, proteção articular, conservação de energia, gestão e planeamento financeiro e equilíbrio ocupacional. Promover a participação em atividade significativas, reconhecendo a sua importância para um envolvimento ocupacional eficaz	Desenvolveu competências de autonomia para o seu dia-a-dia, com comportamentos totalmente ajustados em contexto simulado, tanto para os colegas como para os formadores, sendo evidente uma melhoria progressiva no seu desempenho e envolvimento. Realizou todas as tarefas de forma motivada, fazendo o planeamento das mesmas em contexto de trabalho de casa com excelente desempenho. Assimilou e aplicou os conhecimentos adequadamente bem como as estratégias compensatórias apropriadas de forma motivada.	3	
Treino da utilização eficaz e sistemática das estratégias de compensação da memória.	Verifica-se uma melhoria na utilização das estratégias de compensação da memória, revelando alguma automatização na utilização destas estratégias.	2	Generalizar o uso das estratégias de compensação em todos os contextos de vida, sobretudo no contexto profissional.
Desenvolvimento da flexibilidade de forma a aceitar opiniões diferentes das suas.	Mostra maior abertura e maior aceitação quando lhe são apresentadas opiniões/sugestões diferentes das suas, embora ainda com alguma dificuldade.	2	Colocar-se no papel do outro, escolher de forma reflexiva, pedir feedback, parar e ponderar alternativas.

Usar tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	Pesquisas temáticas na Internet elaboradas, utilização de correio eletrónico e do Facebook, quer no computador quer no telemóvel. Exercícios elaborados com as ferramentas de escritório, no computador.	3	Desenvolveu competências e elaborou os exercícios com autonomia e a qualidade necessária. Deve continuar a utilizar as tecnologias.
Atualizar competências de procura ativa de emprego.	CV e cartas de apresentação elaboradas de acordo com as orientações; Adquiriu conhecimentos sobre estratégias no recrutamento e seleção; Empenho na atividade de apresentação pessoal	3	

¹ O nível de concretização é atribuído de acordo com a seguinte escala: **3** = Resultado alcançado correspondeu totalmente ao esperado; **2** = Resultado alcançado correspondeu parcialmente ao esperado; **1** = Resultado alcançado claramente aquém do esperado. A taxa média de concretização corresponde à média ponderada das classificações por ação.

Anexo C – Programa Individual de Reabilitação de M.

Plano de Reabilitação e Reintegração na Vida Ativa e Profissional

Nome	M
------	---

1. Impactos da doença na funcionalidade e potencial de desenvolvimento

M tem 18 anos de idade e reside em Silvalde, concelho de Espinho com a sua família nuclear (pais e uma irmã). Tem o 9º ano de escolaridade e no momento da sua doença encontrava-se a frequentar o 11º ano de curso de dupla certificação na área de estética. Devido ao seu quadro clínico atual, não frequenta as aulas e não tenciona renovar matrícula no próximo ano letivo. Até à data nunca exerceu qualquer atividade profissional.

Em dezembro de 2018 teve quadro de infeção dos seios perinasais complicado por empiema supracerebeloso e trombose dos seios venosos. Desenvolveu hidrocefalia (com necessidade de colocação de derivação ventrículo-peritoneal) e teve episódios de epilepsia.

Apresenta alteração das funções mentais (atenção, funcionamento executivo, velocidade psicomotora, emocionais, funções cognitivas de nível superior), neuro-músculo-esqueléticas (ligeira redução da força muscular, alterações de coordenação e equilíbrio) e relacionadas com o aparelho urinário (urgência miccional). Participa nas atividades de vida diária, no entanto, refere sentir algum cansaço se a tarefa se prolongar por algum tempo. Apesar de ser autónoma na realização dos autocuidados, é necessária supervisão de 3ª pessoa para a maioria das atividades de vida ao seu desequilíbrio. Dentro da sua habitação desloca-se de forma autónoma sem recurso a produtos de apoio. Já no exterior, é necessária ajuda de 3ª pessoa e não sai sozinha devido ao seu quadro funcional e ao receio de se desorientar. Refere o medo de ser julgada pelas outras pessoas.

Identifica e reconhece que as suas alterações funcionais são uma barreira à sua participação social e profissional, solicitando, assim, apoio para a sua reintegração social e integração profissional numa área compatível com as suas competências.

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

O projeto de M será implementado mediante a sua participação no programa de recuperação e atualização de competências pessoais e sociais especificamente orientado para a lesão cerebral adquirida. A frequência deste percurso terá como objetivo reabilitar e/ou compensar as funções cognitivas alteradas, aumentar o bem-estar emocional e desenvolver estratégias de compensação das alterações cognitivas que apresenta, com vista a aumentar a sua autonomia pessoal e participação social. Mediante os resultados obtidos perspetivar-se-á a fase seguinte, que se prevê ser de apoio na sua reintegração profissional, mediante concordância do IEFP, IP.

3. Intervenções

Para a operacionalização do seu projeto de reintegração na vida ativa, poderá beneficiar de duas etapas distintas:

- a) Frequência do Programa de Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais - lesão Cerebral Adquirida (RAC-LCA) com a duração de 670 horas;
- b) Apoio à reintegração profissional

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.	90 h
Comunicação e relações interpessoais	D. Consolidar competências de comunicação interpessoal. E. Desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal.	75 h
Autonomia no quotidiano	F. Desenvolver competências para a realização autónoma das atividades de vida diária, compatíveis com o seu quadro funcional.	130 h
Competências para a vida diária	G. Promover o bem-estar físico através da prática de atividade física adaptada. H. Aprendizagem das tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	145 h
Reabilitação cognitiva / Psicomotora / visual	I. Estimulação das funções mentais, desenvolvendo estratégias de compensação das alterações observadas. J. Melhoria da mobilidade articular, da força muscular, da funcionalidade e do padrão de marcha K. Desenvolver estratégias de aceitação da sua funcionalidade	De acordo com as necessidades identificadas
Experiências de trabalho	L. Desenvolver ritmos e posturas de trabalho adequadas.	230 h

5. Monitorização e avaliação

O presente plano será monitorizado nos seguintes momentos:

- 3 meses após início da ação de RAC-LCA;
- Na 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.

Anexo D – Plano Operacional de M.

Plano Operacional

Dados Gerais	
Cliente: M.	Nº:
Data de início:	
Data de fim:	

Percurso de Formação

Objetivo Específico	Atividades	Duração	Periodicidade
Desenvolver competências de trabalho fundamentais para novas exigências profissionais e desenvolver comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolvimento de competências manuais e de praxis.	Planeamento e execução de construções com diferentes materiais.	De acordo com o cronograma	2x/3x semana
Promover a educação para a higiene e segurança no trabalho, hábitos de vida saudáveis, proteção articular, conservação de energia, gestão e planeamento financeiro e equilíbrio ocupacional. Promover a participação em atividade significativas, reconhecendo a sua importância para um envolvimento ocupacional eficaz	Atividades estruturadas Dinâmicas de grupo Simulações em contexto protegido	De acordo com o cronograma	2x/3x semana
Promover maior resistência física à fadiga, melhorar a coordenação motora e o equilíbrio.	Exercícios dinâmicos de reforço muscular global e de coordenação motora. Estratégias de compensação do tronco e equilíbrio.	45 min.	2x/semana
Fortalecer a autoconfiança, labilidade emocional, gerir as suas emoções e as alterações de humor.	Acompanhamento Psicológico	60 min.	Semanal.
Melhorar a confiança nas suas competências de comunicação.	Comunicação e Relações Interpessoais.	90 min.	2x/semana
Usar as tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	Execução de exercícios diversos, utilizando o computador e o telemóvel para pesquisa na Internet, uso de correio eletrónico e de rede social (Facebook - grupo e eventos),	1h45	1 x semana

	além de outras ferramentas do computador.		
Reforçar funcionalidade MS's; Reforçar independência nas AVD's.	Atividades terapêuticas diversas	45 min	1x/2x semana
Atualizar competências de procura ativa de emprego.	Elaboração de CV; Apresentação pessoal; exploração das novas estratégias de recrutamento e seleção.	1h45	1x semana

Avaliação Final

Objetivos Específicos	Evidências	Nível de concretização ¹	Recomendações
Desenvolver competências de trabalho fundamentais para novas exigências profissionais e desenvolver comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolvimento de competências manuais e de praxis.	Desenvolveu gradualmente competências de trabalho e comportamentos e posturas com interferência no seu valor profissional. Desenvolveu competências manuais e de praxis. Desempenho global bastante positivo.	3	
Promover a educação para a higiene e segurança no trabalho, hábitos de vida saudáveis, proteção articular, conservação de energia, gestão e planeamento financeiro e equilíbrio ocupacional. Promover a participação em atividade significativas, reconhecendo a sua importância para um envolvimento ocupacional eficaz	Desenvolveu competências de autonomia para o seu dia-a-dia, com comportamentos totalmente ajustados em contexto simulado, tanto para os colegas como para os formadores, sendo evidente uma melhoria progressiva no seu desempenho e envolvimento. Realizou todas as tarefas de forma motivada, fazendo o planeamento das mesmas em contexto de trabalho de casa com excelente desempenho. Assimilou e aplicou os conhecimentos adequadamente bem como as estratégias compensatórias apropriadas de forma motivada.	3	
Promover maior resistência física à fadiga, melhorar a coordenação motora e o equilíbrio.	Maior capacidade de reação e compensação face a estímulos externos. Adquiriu uma maior capacidade no controlo dinâmico e resistência física geral.	3	Dar continuidade à intervenção.
Fortalecer a autoconfiança, labilidade emocional, gerir as suas emoções e as alterações de humor.	Verifica-se uma melhor gestão emocional, começando a ser capaz de se ajustar ao evento. Já tem maior facilidade em comunicar com os outros valorizando, assim, o seu	2	Focar no presente, tentar fazer por si (prova de realidade), adequar o que for necessário (utilizar recursos) e avaliar.

	desempenho e tornando-se mais confiante naquilo que é capaz de fazer.		
Melhorar a confiança nas suas competências de comunicação	Verifica-se uma melhoria nas competências comunicacionais, tendo menor ansiedade associada ao seu desempenho e sendo mais realista a avaliar o seu desempenho.	2	Treinar, mobilizar recursos (estruturar, planear atempadamente, ter iniciativa e autonomia para fazer as suas coisas) e avaliar.
Usar tecnologias informáticas com vista a uma utilização funcional e adequada às necessidades individuais.	Pesquisas temáticas na Internet elaboradas, utilização de correio eletrónico e do Facebook, quer no computador quer no telemóvel. Exercícios elaborados com as ferramentas de escritório, no computador.	3	Desenvolveu competências e elaborou os exercícios com autonomia e a qualidade necessária. Deve continuar a utilizar as tecnologias.
Reforçar funcionalidade MS's; Reforçar independência nas AVD's.	Resultados e avaliação da intervenção condicionados negativamente devido às circunstâncias atuais. Ainda assim, sugere reforço da funcionalidade dos Ms's e da independência nas AVD's-	3	
Atualizar competências de procura ativa de emprego.	CV e cartas de apresentação elaboradas e de acordo com as orientações; Adquiriu alguns conhecimentos sobre estratégias no recrutamento e seleção; Empenho na atividade de apresentação pessoal	3	

¹ O nível de concretização é atribuído de acordo com a seguinte escala: **3** = Resultado alcançado correspondeu totalmente ao esperado; **2** = Resultado alcançado correspondeu parcialmente ao esperado; **1** = Resultado alcançado claramente aquém do esperado. A taxa média de concretização corresponde à média ponderada das classificações por ação.