



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autor: Soraia Graça

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número do candidato: 30000373

Novembro 2024

Lisboa

Agradecimentos

A decisão de escolher este percurso sempre almejado foi a realização de um sonho que surgiu à partir de uma afirmação de minha finada mãe que nunca me esqueci que foi a de ter um filho doutor. Tinha ela somente dois filhos e as probabilidades de ser eu era maior por ter durante a jornada melhor desempenho estudantil.

Um relatório de estágio é uma longa viagem e inclui uma trajetória infiltrada por diversos sentimentos, experiências, incertezas e alegrias. O processo traz-nos sensação de abandono pelos nossos orientadores e pela faculdade que nos obriga a pedir contributos de várias outras áreas e pessoas no qual vamos moldar na nossa melhor forma.

Esse trajeto foi muito doloroso mas, foi a força que me manteve alicerçada em todas as áreas da minha vida.

O meu primeiro momento dedico à memória da minha mãe Marilene Sampaio que plantou essa sementinha acadêmica que foi o principal objetivo para desobstruir essa essa veia. Faço também uma homenagem ao meu único irmão Charles Wagner falecido em Junho de 2021 num acidente trágico, que me incentivava de tal forma que até parecia que sabia o que iria acontecer fazendo entender que tinha que ser eu mesma a realizar o sonho de minha mãe.

Sem uma sequência óbvia, segue em mente os mais sinceros agradecimentos à minhas filhas Grazielly Teles e Priscylla Teles, meu pai Plácido Teles, meu companheiro Vitor Miguel, minha orientadora de estágio Ana Paula, que me facultou sem restrição todos os seus conhecimentos, meus professores, amigos, minha chefia que muito contribuiu flexibilizando os meus horários.

Por fim, o meu sentimento de gratidão à todos aqueles que contribuíram para a concretização deste relatório, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Resumo

Este relatório tem como objetivo explorar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio académico para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, realizado em um centro especializado em medicina de reabilitação na zona da Grande Lisboa. O presente estudo será pautado em descrição da instituição e caracterização do contexto institucional. O local de estágio não utiliza a abordagem centrada na pessoa como sua principal abordagem, no entanto sempre que possível foi utilizada. Também serão apresentados dois estudos de caso realizados na instituição. Pode-se observar a necessidade de estimular a autonomia dos pacientes e orientar suas famílias acerca disso. Nos casos apresentados pode-se caracterizar sintomas de doenças físicas como AVC e HIV, como também perturbações mentais como, ansiedade e Perturbação obsessivo compulsivo.

Palavras-Chave: Neuropsicologia, Psicologia Clínica, AVC, abordagem centrada na pessoa.

Abstract

This report aims to explore the skills acquired and developed during the academic internship to obtain the Master's degree in Clinical and Counseling Psychology, carried out in a center specialized in rehabilitation medicine in the Greater Lisbon area. The present study will be based on a description of the institution and characterization of the institutional context. The internship site does not use the person-centered approach as its main approach, however it was used whenever possible. Two case studies carried out at the institution will also be presented. There is a need to encourage patients' autonomy and guide their families about this. In the cases presented, symptoms of physical illnesses such as CVA and HIV can be characterized, as well as mental disorders such as anxiety and obsessive compulsive disorder.

Keywords: Neuropsychology, Clinical Psychology, VCA, person-centered approach.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. OBJETIVOS.....	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica.....	13
2.2. Acidente Vascular Cerebral – AVC	14
2.3. AVC e saúde mental.....	18
3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL	20
3.1. A Instituição	20
3.2. Descrição do trabalho do Psicólogo na instituição.....	21
4. CARACTERIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO.....	23
4.1. Levantamento de necessidades.....	23
4.2. Descrição do tempo de observação	23
5. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	25
5.1. Abordagem Centrada na Pessoa	25
5.2. Teoria do desenvolvimento Psicoafectivo.....	26
5.3. Psicologia Clínica.....	27
6. ESTUDO DE CASO	29
6.1. Instrumentos de Avaliação	29
6.2. Caso A	30
6.2.1. Avaliação Psicológica Caso A.....	31
6.2.2. Análise segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito.....	32
6.2.3. Doenças mentais pós AVC.....	33
6.2.4. Perturbação Obsessiva-compulsiva.....	34
6.2.5. Diagnostico e tratamento.....	35
6.3. Caso B	36
6.3.1. Resumo das sessões	37

6.3.2. Análise segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito	38
6.3.3. Avaliação Psicológica Caso B.....	39
6.3.4. AVC e Perturbação de linguagem	40
6.3.5. Sífilis, VIH e fatores de risco para AVC.....	40
6.3.6. Uso de substâncias e AVC	42
6.3.7. Diagnóstico e Tratamento	43
7. REFLEXÃO FINAL	44
8. Referencias Bibliográficas	46

Lista de abreviatura

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

AIT - Acidentes Isquêmicos Transitórios

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividade de vida diária

BIO - Biológicos

D2 - Teste de Atenção D2

OP - Operacional

PSI - Psicológicos

SIDA - Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

SOC – Sociais

TARV - Tratamento antirretroviral da infecção pelo HIV

VIH - Vírus da imunodeficiência humana

WAIS III - Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo a descrição do estágio académico que aconteceu durante o segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa durante o período letivo de 2021 e 2022.

O estágio realizou-se em Centro especializado em medicina de reabilitação na zona da Grande Lisboa, no qual tive contacto com vários traumas cerebrais diferentes e histórias de vida diversas. Também tive acesso a variados instrumentos de avaliação psicológica e modelos de intervenção individuais eficazes. O estágio teve como objetivos garantir a capacitação prática, desenvolvimento de capacidade profissional e aprimorar toda a aprendizagem recebida durante as aulas teóricas.

Em 1935, a American Psychological Association emitiu uma declaração pontuando que a psicologia clínica visa definir as habilidades e características comportamentais dos indivíduos por meio de testes de medição, análise e observação, e combinar esses resultados com dados obtidos do exame físico e história social para fornecer opiniões e recomendações, com vistas a fazer os devidos ajustes aos indivíduos (Meiras, 1987).

Macedo (1984) corrobora afirmando que a psicologia clínica se preocupa em compreender e intervir nos problemas humanos visando o bem-estar individual e social através da psicoterapia, devido o presente estudo ter sido realizado em uma instituição de reabilitação, também foi realizada intervenção neuropsicológica.

A neuropsicologia estuda a relação entre as funções cerebrais e o comportamento. O profissional dessa área investiga e avalia as alterações cognitivas quando existe uma lesão para conseguir um tratamento de reabilitação que venha de encontro ao melhoramento das capacidades afetadas do indivíduo (Hamdan et al, 2011).

Embora a instituição trabalhe com uma abordagem diferente da que foi ensinada na universidade, pude utilizar a abordagem centrada no cliente para realizar boa parte dos acompanhamentos. Rogers (2003) descreve a importância da não diretividade no atendimento psicológico, dando ênfase a atitude do psicólogo como um facilitador do processo, deixando que o cliente possa dirigir as sessões e acreditando que só a própria pessoa pode ser a melhor referência das suas experiências e que dentro dela existe toda a capacidade de aperfeiçoamento.

O presente relatório está constituído em duas partes:

A primeira destina-se à contextualização do local de estágio, bem como as problemáticas observadas;

A segunda descreve o trabalho efetuado no decorrer do estágio, a avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico. Juntamente com os diagnósticos apresentados apresenta-se também a revisão de literatura à cerca das problemáticas encontradas. Para finalização deste relatório integrei um conjunto de reflexões à cerca das aprendizagens alcançadas e limitações encontradas.

1. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Descrever o estágio académico do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa ocorrido durante o período letivo de 2021 e 2022.

Objetivos Específicos

- Definir a problemática da instituição referente a atuação da Psicologia;
- Sugerir soluções para os problemas encontrados.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1. Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica

As avaliações dos danos cerebrais através dos testes neuropsicológicos permitem-nos entender o processo entre cérebro e o comportamento, avaliando os danos cerebrais.

Ainda que a origem da neuropsicologia não seja consensual, sabe-se que Pierre Paul Broca foi um importante estudioso sobre a função e estrutura cerebral. Através de várias observações dos seus pacientes, Broca conseguiu identificar que alguns lugares no cérebro tinham funções específicas. Pelo método anatomoclínico, em que são feitos dois exames em dois momentos para conseguir e perceber as alterações cerebrais. O primeiro momento consiste num exame extenso e de acompanhamento e o segundo momento realiza-se após a morte do paciente. Através do seu método, Broca pôde identificar informações importantes a cerca da função e estrutura do cérebro de forma que as doenças neurológicas pudessem ser classificadas (Fuentes et al, 2014). Broca interessou-se muito pelo estudo das afasias, juntamente com Wernicke desenvolveram estudos importantes sobre o processamento da linguagem no cérebro e como aconteciam as perturbações da linguagem (Coltheart, 2008).

Alexander Romanovich Luria, um dos precursores da neuropsicologia destaca a importância dos fatores biológicos e sociais no funcionamento cerebral. Graças aos seus estudos sobre a influência do ambiente nas funções cerebrais é que a neuropsicologia se colocou como disciplina (Mograbí et al, 2014).

A neuropsicologia pode ser definida como a disciplina que estuda a relação entre as funções cerebrais e o comportamento. O profissional dessa área investiga e avalia as alterações cognitivas quando existe uma lesão (Hamdan et al, 2011).

A neuropsicologia tem a avaliação e a reabilitação como objetivos principais. A avaliação é feita através de testes específicos e a reabilitação centra-se no melhor modelo de tratamento para melhorar o funcionamento cognitivo prejudicado (Coltheart, 2008).

O neuropsicólogo deve avaliar e indicar um plano de reabilitação ao paciente. A avaliação é feita através de testes Psicométricos e através desses resultados é possível perceber o comprometimento da lesão e assim estipular uma reabilitação efetiva (Hamdan et al, 2011).

Segundo Fuentes et al (2018) a avaliação Neuropsicológica tem cinco objetivos:

- A- Descrever o funcionamento do indivíduo tendo em conta toda a característica biopsicossocial relevante;
- B- Identificar e sugerir um tratamento que vá de encontro às necessidades individuais;
- C- Contribuir para o diagnóstico diferencial;
- D- Acompanhar o desenvolvimento do tratamento;
- E- Oferecer um feedback.

Essa reabilitação conta com a cooperação de toda uma equipa técnica e também dos familiares e amigos. É importante que todos possam compreender as alterações e possam colaborar na recuperação do paciente, desta forma o trabalho do neuropsicólogo envolve muito mais do que apenas o acompanhamento do paciente, mas também a psicoeducação da família (Hamdan et al, 2011). “O papel da neuropsicologia desempenha dentro do contexto da psicologia, enquanto ciência e profissão, encontrara-se vinculado a sua história.” (Hamdan et al, 2011.p.48).

Com a modernidade, a avaliação Neuropsicológica foi sendo substituída por exames de neuroimagens, no entanto esses exames não são eficazes em demências precoces, em traumatismos crânio encefálico leves, entre outras, assim não identifica pontes fortes do indivíduo e implicações destas alterações e funcionalidades do mesmo indivíduo. Desta maneira, os testes cognitivos continuam a ser uma ferramenta essencial para a avaliação. Os testes cognitivos aplicados numa avaliação psicológica, são robustos, com validade e confiabilidade aprovadas. São padronizados e utilizados consoante a necessidade do indivíduo (Marcotte et al., 2010).

2.2. Acidente Vascular Cerebral – AVC

O Acidente vascular cerebral – AVC é o resultado do rompimento ou entupimento de vasos sanguíneos do encéfalo de modo com que a área cerebral afetada paralisa, podendo causar hemiplegia (paralisia completa) ou hemiparesia (paralisia parcial do lado oposto da lesão) e, por conseguinte, causa alterações neuro psíquicas (Cancela, 2008; Portellano, 2005).

A idade é um fator de risco para AVC, pois essa doença acomete mais os idosos. No entanto sabe-se do número crescente de jovens que sofrem AVC. Outros fatores de risco são: dislipidemia, tabagismo, hipertensão (Smajlović, 2015), colesterol alto, fibrilação auricular (DGS, 2021) obesidade, hereditariedade, sedentarismo, o uso de anticoncepcionais orais,

arteriosclerose, arritmias cardíacas, dilatações do coração, uso de substâncias tóxicas e Acidentes Isquêmicos Transitórios -AIT's (Cancela, 2008).

Segundo Portellano (2005) existem dois tipos de AVC que se dividem em subtipos:

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquêmico	1. Global 2. Focal a. AIT b. Infarto cerebral • Trombose • Embolia • Redução do fluxo sanguíneo
Hemorragica	1. Intracerebral 2. Subaracnoide 3. Intravascular 4. Subdural

Tabela 1- Tipos e subtipos de AVC

O **AVC isquêmico** diz respeito a lesões onde existe interrupção da passagem de sangue, que podem ser em todo o cérebro (Global) ou apenas em uma área (Focal), desta forma os nutrientes não conseguem passar, principalmente o oxigênio. Algumas vezes essa interrupção pode durar de 2 a 15 minutos (AIT). Se essa interrupção volta ao normal nas seguintes 24 horas a disfunção pode ser reversível, no entanto se ultrapassa as 24 horas então pode causar danos definitivos (Cancela, 2008; Portellano, 2005).

Na **trombose cerebral** existe a formação de coágulos nas artérias ou nas veias, enquanto na **embolia** existe a formação de um corpo estranho, normalmente constituído sobre uma placa de gordura (Cancela, 2008). A **redução do fluxo sanguíneo** acontece quando existe uma hipotensão da artéria por parada cardíaca (Portellano, 2005).

O **AVC hemorrágico** diz respeito a lesões onde existe um derrame que pode causar hemorragia **intracerebral** (para o interior do cérebro), hemorragia **subaracnoídea** (entre o cérebro e a membrana aracnoide) (Cancela, 2008), hemorragia **subdural** (entre a dura-máter e a membrana aracnoídea) (Portellano, 2005).

Lesões vasculares ocorrem quando existe uma oclusão das artérias cerebrais, podendo causar déficits cognitivos e sensoriomotores. Assim como a extensão e a lateralização da lesão influencia no tipo de déficits associados ao AVC, quando o hemisfério esquerdo é afetado então a pessoa apresentará Perturbações de linguagem, quando é o hemisfério direito, apresentará déficits espaciais e visoperceptivos (Portellano, 2005).

Segundo Portellano (2005) e Cancela (2008) as síndromes clínicas causadas pelo AVC podem ser caracterizadas segundo a localização da artéria (quadro 2).

Artérias	Síndromes clínicas
ARTÉRIA CEREBRAL ANTERIOR	• Hemiparesia contralateral • Diminuição da fluência verbal • Disfunção do esfíncter e da vesícula • Afasia transcortical motora • Alterações do comportamento • Disfunções mentais • Perda sensorial contralateral
ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA	• Afasia de Broca, Wernicke e de condução • Deficit sensivomotor • Agrafia • Acalculia • Alexia • Apraxia construtiva • Hemiplegia e/ou hemiparesia
ARTÉRIA CEREBRAL POSTERIOR	• Perturbação de memória • Deficit visual • Agnosia visual • Alexia • Desorientação topográfica e espacial • Síndrome de Anton • Hemianopsia homônica • Cegueira cortical • Dislexia sem agrafia

	• Ataxia • Prosopagnosia
ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA	• Hemiplegia contralateral com hemipostesia e afasia • Isquemia retiniana • Inconsciência
ARTÉRIA BASILAR	• Hemiplegia contralateral • Paralisia facial • Disartria e disfagia • Inconsciência e vertigem
ARTÉRIA VERTEBROBASILAR	• Síndrome de Weber • Paralisia homolateral • Hemiplegia contralateral

Tabela 2- síndromes causadas por AVC.

O AVC é a segunda doença que mais mata pessoas no mundo, cerca de 17 milhões de pessoas sofrem AVC a cada ano. Pessoas que tenham tido AVC pela segunda vez têm maior probabilidade de vir a falecer e terem mais limitações cognitivas (Mehndiratta, 2015). Cerca de 9,9% das pessoas morrem de AVC em Portugal, sendo esta uma das principais causas de morte neste país. Aproximadamente a cada hora três pessoas sofrem um AVC em Portugal. Sendo a população portuguesa uma das mais envelhecidas da europa, isso pode corroborar para esta estatística. O AVC também é um dos maiores causadores de incapacidade e necessidade de medicação e reabilitação (Barreto, 2022).

Segundo a Direção-Geral da Saúde - DGS (2021) o número de casos de AVC tem aumentado significativamente. No ano do estudo cerca de 25.000 doentes estavam em situação de internamento por AVC dos quais deles 50% foram tratados em unidades especializadas de AVC.

Para avaliar e caracterizar corretamente um AVC é importante ter uma história clínica o mais completa possível, exames de neuro imagem e conhecimento específico sobre a doença. O conhecimento a cerca do tipo de AVC importa para que seja feita uma reabilitação eficiente (Mehndiratta, 2015).

Referente ao prognostico, pacientes acometidos por AVC hemorrágico tem um prognostico pior do que aqueles que têm AVC isquémico. A idade é um fator importante quando se fala na reabilitação psicológica, pois existe uma maior acomodação funcional no

cérebro mais jovem. A possibilidade de sobrevivência nesses pacientes não é muito grande, cerca de 1/3 dos pacientes não sobrevivem ao AVC. A reabilitação deve ter respostas durante os primeiros meses para que o prognóstico seja bom (Cancela, 2008).

2.3. AVC e saúde mental

Vários estudos demonstram que existe uma relação entre pacientes que sofreram um AVC e sintomas de depressão e ansiedade. Muitos dos pacientes mais novos que sofreram AVC podem apresentar sintomas de depressão que pode estar relacionada a dificuldade de recuperação funcional. Não podendo voltar a vida normal de trabalho o que por sua vez pode interferir na vida financeira destes indivíduos (Reis e Faro, 2019).

Alguns estudos reforçam essa ideia apontando que quase metade das pessoas, da amostra do estudo em questão, têm depressão após seis meses do AVC (Reis e Faro, 2019).

A ansiedade também é uma questão muito estudada em pacientes pós AVC. Estudos demonstram que esses indivíduos apresentam sintomas ansiosos que podem estar relacionados com a percepção das mudanças na saúde, sequelas do trauma e limitações. A modificação dos hábitos de vida podem-se tornar um estímulo ansioso para essas pessoas. O sexo feminino tende a sofrer mais os efeitos do trauma apresentando mais sintomas de ansiedade (Reis e Faro, 2019).

Quanto à função cognitiva pode ser comprometida, principalmente a memória e a linguagem, apresentam lapsos de memórias até três anos após o trauma e podem apresentar bradipsiquismo e demência crônica (Lara, 2021; Datas et al, 2014). Muitos pacientes de AVC podem ter demência crônica e afasias. Todos os sintomas que se apresentam dependem da parte afetada do cérebro (Lara, 2021). No entanto algumas populações podem não ter declínio cognitivo o que pode estar relacionado a escolaridade mais elevada e melhor vida financeira (Domingues, 2022).

A avaliação psicológica auxilia na identificação das áreas afetadas podendo ajustar as sessões de reabilitação e é a reabilitação que pode proporcionar uma maior qualidade de vida desses indivíduos diminuindo os sintomas de depressão e ansiedade. A reabilitação deve ter em conta não apenas o trauma sofrido fisicamente, mas também toda a história de vida do indivíduo. Para que a melhora cognitiva seja eficiente e para que as condições emocionais sejam melhoradas de forma a pessoa sentir mais satisfação com a nova vida (Lara, 2021)

Deve ter em conta a sequela do trauma sofrido. Contribui para uma melhoria cognitiva mais eficiente e das condições emocionais sejam mais eficientes com qualidade e mais satisfação com a vida.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. A Instituição

Na década de 50, iniciou-se a construção de um Centro especializado em medicina de reabilitação na zona da Grande Lisboa tendo como objetivos centrais: a reabilitação de pessoas com incapacidade motora e a formação de pessoal especializado em Portugal. A integração das pessoas com limitações motoras na sociedade surgiu como consequência.

Deste modo, investiram em cursos baseados em programas de nível mundial, com o importante contributo de entidades internacionais (Instituição, 2021¹).

O Centro foi reconhecido como uma das melhores instituições na área da medicina física de reabilitação no mundo. A excelência em reabilitação preserva-se até à atualidade.

Está vocacionado para a reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de incapacidade de predomínio motor, de qualquer idade e provenientes de todo o país (Instituição, 2021).

O Centro está estruturado de modo a proporcionar serviços de reabilitação e programas de bem-estar ao longo da vida das pessoas (Instituição, 2021).

Organiza-se de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados. As patologias mais frequentes são as doenças ou sequelas de doenças neurológicas, as sequelas de politraumatismos graves, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento e lesões vertebro-medulares (Instituição, 2021).

Com cerca de 500 colaboradores, o Centro privilegia o trabalho de equipa ao serviço não só dos utentes, mas também dos seus familiares (Instituição, 2021).

Dentre os pacientes hospitalizados, 90% foram acometidos por Acidentes Vasculares Cerebrais e Traumatismos Crânio-Encefálicos e 10% correspondem a amputados e outras síndromes mais raras (Instituição, 2021).

Cada utente é acompanhado por uma equipa multiprofissional que proporciona a Reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada na pessoa (Instituição, 2021).

Como missão a instituição: promove o funcionamento mais eficiente possível; ajuda no desenvolvimento individual contribuindo para sua formação e potencializações da sua capacidade; Prestação de cuidados de elevado grau, tendo em conta o atendimento humanizado e de qualidade (Instituição, 2022).

¹ Documentos do local do estágio que não podem ser identificados em propósito de respeito as normas RGDP.

A inovação é uma das características da instituição, e na reabilitação são utilizados instrumentos com tecnologia avançada de forma que os utentes possam sentir-se acolhidos e tenham uma melhor reabilitação. Na instituição são utilizados equipamentos com sistema de marcha robotizado (Lokomat) e marcha assistida dentro de água (Tanque de Marcha). Esses equipamentos possibilitam melhorias na forma muscular e memória de movimentos.

O centro de reabilitação é composto por uma equipa multidisciplinar que conta com: Médico(a) Fisiatra, Enfermeiro(a) de Reabilitação/Cuidados Gerais, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Psicólogo(a) Clínico(a), Orto protésico(a), Educador(a), Dietista, Assistente Social, Animador Sociocultural, Médico Especialista em Imagiologia, bem como de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica desta área e de Médicos Consultores nas áreas de Cirurgia Plástica, Medicina Interna, Neurologia, Neuro pediatria, Ortopedia Infantil, Psiquiatria e Urologia.

Além disso, o centro também possui uma área de intervenção para crianças que além da equipa descrita acima conta também com professores e educadores de infância.

3.2. Descrição do trabalho do Psicólogo na instituição

O estágio realiza-se integrado no núcleo de psicologia do Centro. Este núcleo é coordenado por um diretor de núcleo e conta com 10 psicólogos que estão inseridos nas diferentes áreas, estão inseridos em diferentes serviços e atendem cerca de 30 utentes por psicólogo. Realizei o estágio no serviço de Reabilitação de Adultos e destina-se ao internamento de utentes em que:

- A. 90% são Acidentes Vasculares Cerebrais e Traumatismos Crânio-Encefálicos.
- B. 10% ficam entre amputados e outras síndromes mais raras.

A lotação do internamento com 60 doentes em cada serviço distribuídos em 2 alas de 30 doentes cada ala.

Acompanho aproximadamente 13 utentes de forma contínua. Considero este estágio muito desafiador por necessitar pesquisas sobre as causas e às vezes dá luta para saber o ponto de partida e que direção tomar sobre o caso.

Os psicólogos clínicos encontram-se integrados na Equipe Multidisciplinar de Reabilitação do respetivo serviço.

Exercem a sua atividade nos Serviços de Internamento e no Serviço de Ambulatório. Na sua intervenção diária desenvolvem as seguintes atividades:

- A. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica;
- B. Reabilitação Cognitiva, Comportamental e Emocional;
- C. Psicoterapia e Acompanhamento Psicológico (Individual, Conjugal, Familiar e de Grupo).

A Avaliação engloba os aspetos do funcionamento psicológico do cliente a nível cognitivo, emocional e comportamental. Deste modo, obter-se-á uma representação desse funcionamento, que pode enquadrar-se na normalidade ou possuir perturbações. A avaliação neuropsicológica foca-se particularmente nos aspetos cognitivos e no grau de deterioração das diferentes funções em comparação com o funcionamento pré-mórbido. A importância da avaliação psicológica prende-se com o facto de ser o primeiro passo que precede a intervenção psicológica propriamente dita (Instituição, 2021).

A avaliação realiza-se por entrevista, observação, aplicação de testes psicométricos e questionários.

No que concerne a intervenção, os psicólogos clínicos no Centro estão habilitados a uma abordagem holística que integra o treino cognitivo com a atividade psicoterapêutica no contexto diário de tratamento. Em utentes com défices ou prejuízos cognitivos graves, como é o caso da afasia, défice de abstração, ou alterações de memória graves, a reabilitação, em termos de psicologia, é centrada no treino cognitivo. São utilizados, por exemplo, Programas de Realidade Virtual para a reabilitação das habilidades percetivas e cognitivas. A realidade virtual é um dos instrumentos de treino cognitivo que, mediante a utilização de programas de computador com várias atividades de vida diária, permite desenvolver a memória, a atenção, o planeamento de atividades, a orientação, entre outras capacidades (Instituição, 2021).

Como estagiária de Psicologia, tenho como objetivos principais no local de estágio:

- A. Observação Psicológica/Neuropsicológica
- B. Aplicação de testes
- C. Discussão de casos
- D. Acompanhamento psicológico na hora internamento

4. CARACTERIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO

4.1. Levantamento de necessidades

A avaliação neuropsicológica é um processo de investigação de ligação cérebro X comportamento, sobretudo, das disfunções cognitivas associadas aos distúrbios do Sistema Nervoso Central. A significância da avaliação neuropsicológica concentra-se na identificação de pessoas com considerável risco para desenvolver doenças neurais e alterações de padrões de desempenho normal. Os instrumentos empregados na avaliação neuropsicológica são as entrevistas, observâncias e testes psicológicos, que se apoiam com o diagnóstico clínico, no entendimento diante do perfil cognitivo do paciente assim como na apreciação evolutiva, prognóstico, planeamento de programas de reabilitação cognitiva e o acompanhamento do tratamento farmacológico e psicossocial (Instituição, 2021). Este tipo de avaliação exige tempo e dedicação às necessidades de cada utente, conforme as sequelas originárias de cada patologia. É notório a necessidade de mais psicólogos e/ou assistentes individuais para a parte mais burocrática e ainda assistência aos utentes pós altas médica.

Torna-se importante também que o psicólogo possa ter mais tempo com os pacientes tanto durante as sessões, quanto após o tempo de avaliação. Durante o meu tempo de estágio por várias vezes tive de fazer o meu atendimento em menos de 30 minutos e depois da avaliação tive poucas oportunidades de fazer um acompanhamento por longo tempo.

É numerada as necessidades acima, posso dizer que a organização da instituição é muito competente, tendo pouquíssimos problemas e que são resolvidos de forma eficiente.

4.2. Descrição do tempo de observação

Na primeira reunião com a Orientador, psicóloga da área de Neuropsicologia do Centro juntamente com a responsável pelo Departamento de formação onde foi falado sobre a missão, sobre os propósitos da arquitetura que curiosamente chamou-me a atenção sobre o piso quadriculado da Instituição que é uma ideia que surgiu nos EUA que está relacionado com o objetivo do estabelecimento à reabilitação. Ao transitar um chão quadriculado usufrui de uma maior percepção do caminho percorrido que funciona como estímulo, criando um desafio para o próximo treino e em simultâneo com o benefício à nível psicológico, além de permitir o treino e o equilíbrio, a percepção do espaço e limites, contribuindo para a reeducação da marcha (Instituição, 2022).

As sessões eram curtas, por isso a gestão do tempo foi um fator importante a aprender nos primeiros momentos do estágio. São em média 4 a 6 sessões para a aplicação dos testes psicométricos. Durante as sessões até a alta o objetivo era manter a motivação e o foco no processo de reabilitação, interpretar e acompanhar as diferentes etapas de reabilitação e preparar para a reintegração na sociedade.

Tínhamos reuniões de equipa em que eram partilhados os dados das áreas de intervenção e delineado os objetivos da intervenção e a aplicabilidade dos testes.

Sempre que solicitado ou que seja considerado importante para o processo de reabilitação/integração do utente são realizadas sessões com os cuidadores e/ou familiares.

Durante o tempo em estágio pude observar que todos os pacientes que eram admitidos para o centro de reabilitação eram apresentados devidamente antes de entrar no consultório através da história clínica que era dado aos técnicos dois dias antes do internamento.

Era notável perceber que aqueles pacientes que tinham visitas constantes dos familiares sentiam-se menos ansiosos e tinham um melhor aproveitamento da reabilitação.

Em questão emocional, no geral a maior parte dos pacientes sentiam-se incapazes e com medo do futuro, sempre muito ansiosos e tristes. Os técnicos não se envolviam muito, mas demonstravam alguma satisfação na melhora dos utentes, principalmente quando havia a descoberta de capacidades atingidas pelos utentes.

5. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

5.1. Abordagem Centrada na Pessoa

O modelo Rogeriano, mais corretamente chamado como Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) apresenta uma maneira não diretiva de terapia. Desta forma o psicólogo deve acreditar na Auto-organização da pessoa sabendo que só a própria pessoa tem a melhor referência das suas experiências. Desta forma o psicólogo não conduz as sessões, mas deixa que o cliente fale livremente do que quer falar no momento. Enquanto utiliza a escuta ativa, o psicólogo não faz juízos de valor, mas valoriza todas as emoções que vão aparecendo durante o processo (Rogers, 2003).

A atitude do psicólogo é algo de muita relevância na ACP como, o respeito pela autonomia do cliente, a crença na capacidade de ajustamento do cliente e o desejo de ajudar. A consideração positiva incondicional faz com que a pessoa sinta que pode dizer tudo o que pensa em consultório e que certamente não será julgada, de forma que a pessoa vai se conhecendo e aceitando-se (Rogers, 2003). A ajuda psicológica vai para além do processo de resolução de problemas do outro, mas sim pressupõe que exista uma relação de qualidade. A relação de ajuda (Nunes, 1999).

Nesta abordagem o diálogo implica que o psicólogo tenha uma atitude empática, uma capacidade de escuta ativa em que ouve e expressa o que compreendeu do que ouviu, procurando compreender o outro sem julgamentos ou interpretações, colocando a pessoa que pede ajuda como a mais importante da relação e decodificando pelo diálogo os sentimentos. Por outro lado, a pessoa que está a ser ajudada deve sentir que está a ser compreendida, assim cria-se um ambiente favorável para que a ajuda se estabeleça (Nunes, 1999).

A não diretividade vem como uma parte importante na crença do crescimento individual de cada indivíduo. Rogers, diferentemente de outros psicólogos da sua época, deu ênfase aos sentimentos e não aos aspetos intelectuais. O objetivo da psicoterapia neste modelo é diminuir a discrepância do self, para que o self real se torne o mais próximo possível do self ideal, dando ênfase à relação, atendendo às questões que vão surgindo no momento (Moreira, 2010).

Hipólito (2010) explica que as condições de valor que o outro tem vai interferindo no autoconceito da pessoa e desta forma o indivíduo torna-se incongruente, porque a visão do outro pode não corresponder a visão que a pessoa tem de si. Neste sentido, a pessoa que nos

chega em consultório está incongruente e o psicólogo que por outro lado está congruente deve dar a pessoa condições ótimas para que a pessoa possa se atualizar e direcionar-se ao seu Self ideal.

Para Rogers (2003) todo organismo tem uma tendência ao crescimento, ao que chama de tendência atualizante. O indivíduo tem dentro de si toda a capacidade de se auto-organizar e ninguém mais que a própria pessoa pode saber sobre si e sobre as suas experiências. Ou seja, a pessoa consegue se mover do seu self real, que é quem é no momento agora, para seu self ideal, quem quer ser. Através da não diretividade, da compreensão empática e da aceitação incondicional positiva o terapeuta deve dar ao cliente autonomia para que o cliente encontre dentro de si suas forças e estabeleça um caminho para a resolução dos seus conflitos (Brodley, 1997).

5.2. Teoria do desenvolvimento Psicoafetivo

João Hipólito (2011) desenvolveu a sua teoria baseada na abordagem Rogeriana e com o objetivo de compreender melhor o desenvolvimento e as perturbações psicológicas. Como conceito principal desta teoria temos a tendência formativa que nada mais é do que a tendência a complexificação, o que quer dizer que todo organismo está em constante transformação em uma direção crescente.

Todo esse processo evolutivo é também um processo de autorrealização dentro do desenvolvimento psicoafetivo, o qual, hipoteticamente, pode se dizer que a existência de um desenvolvimento sadio pode desenvolver todas as potencialidades do indivíduo.

No entanto esse desenvolvimento vai encontrando condições no caminho, por isso torna-se impossível um desenvolvimento Psico-afetivo totalmente sadio. Quando ainda se está no processo de gestação o organismo desenvolve seu *self*, que é só dele, sem máscaras e sem condições impostas pelo exterior. Porém, quando nasce e começa a desenvolver suas características começa a perceber que seu *self* pode ser diferente daquele que os outros esperam que ele seja, isso acontece pelos oito meses de idade, e a isso dá-se o nome de condições de valor. O bebê então vai integrado as expectativas exteriores no seu self e assim vai surgido discrepâncias entre aquilo que o indivíduo vivência e como simboliza a experiência. Neste desenvolvimento vão surgindo então dissociações em vários níveis: entre self real e ideal, entre o locus de controlo externo e interno, entre a cognição e a emoção e entre o real e o imaginário (Hipólito, 2011).

Essas dissociações podem gerar tensões entre os polos e o organismo tende a tentar equilibrar essas tensões, sem muito sucesso, quando existe essa falta de equilíbrio pode-se dizer que surge o sintoma (Hipólito, 2011).

Quanto maior for a discrepância entre os selfs, menor é autoestima da pessoa, quanto maior a dissociação entre a cognição e a emoção maior a possibilidade de surgir alexitimia (ou seja, a pessoa não consegue perceber as suas emoções ou não consegue exprimi-las), quando não há percepção da diferença entre o real e o imaginário, então existe a possibilidade de alucinações e delírios (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento biopsicossocial normal e saudável, possibilita que a pessoa possa desenvolver todas as suas potencialidades, no entanto durante o desenvolvimento o indivíduo vai sofrendo traumas que vão interferindo no seu desenvolvimento Psico-afetivo (Hipólito, 2011).

Deste modo, neste modelo pode-se dizer que a psicopatologia aparece e pode ser entendida através dos traumas que o indivíduo vai sofrendo. O modelo trabalhado pelo psicólogo vai ajudar então na atualização das potencialidades do indivíduo para que haja uma experiência mais plena (Hipólito, 2011).

5.3.Psicologia Clínica

A etimologia do termo “clínico” vem de á beira do leito, deste modo fica muito claro que a Psicologia Clínica teve muita influência do método médico. A medicina tem seu foco na compreensão e tratamento da doença, e na origem da Psicologia clínica, era esse o foco, a compreensão e o tratamento de perturbações e funções psicológicas. Mesmo que existam muitos modelos atualmente que se foca em outros temas, esse é o método que continua sendo utilizado muitas vezes na prática clínica (Dutra, 2004). E é o modelo que mais utilizei durante o tempo de estágio.

Podemos então começar a descrição da Psicologia Clínica como a medição e descrição de comportamentos, tendo como objetivo o diagnóstico e alívio do sofrimento psicológico (Ribeiro & Leal, 1996).

Deste modo, pode-se dizer que o método clínico pode assemelhar-se muito do método científico, já que ambos se focam na medição e descrição de fenómenos através da recolha e análise de dados. Foi assim que a Psicologia foi conseguindo afirmar-se como ciência (Ribeiro & Leal, 1996).

A partir dos anos 70 a Psicologia Clínica foi se especializado em cada campo, surgindo especializações na saúde, na educação, na infância, a neuropsicologia e Reabilitação. Neste mesmo tempo as faculdades de psicologia começam a surgir em Lisboa, Porto e Coimbra. É depois multiplicaram-se em todo país, tornando a prática da Psicologia uma parte importante da ciência em Portugal (Ribeiro & Leal, 1996).

A visão existencialista da Psicóloga clínica vai além das medições já existentes, mas conta com a individualidade do homem, como ser capaz de se relacionar com o seu meio e essa relação ser a parte principal da sua existência, assim, na sua singularidade a medição deve ser individual, tendo em conta a cultura, as experiências, os valores, ideologias, conhecimentos, etc (Pretto, Langaro & Santos, 2009).

6. ESTUDO DE CASO

6.1. Instrumentos de Avaliação

Para efeito das avaliações dos casos apresentados foram utilizadas as normas de avaliação existentes na instituição o qual compõe testes médicos, multidisciplinares e teste psicométricos. Entre eles foram utilizados nos casos:

Protocolo de Avaliação da Consulta de Reabilitação – é um instrumento de rastreio feito na data de admissão em que visa a observação de aspetos físicos, cognitivos e emocionais do utente em que contém: Diagnóstico, tratamento ambulatorio, estado do utente (geral, comportamento, sono, controlo de esfínteres, revestimento cutâneo, AVD, mobilidade, transferências, suporte, evolução e objetivos), características individuais da reabilitação e características do acompanhamento psicológico.

Medida de Independência Funcional (MIF) – Granger (1986) desenvolveu este instrumento para avaliar a evolução dos pacientes em reabilitação que foi traduzido em várias línguas. O MIF é um instrumento multidisciplinar que tem como objetivo diagnosticar o grau de incapacidade dos pacientes em reabilitação. É constituído por 18 itens: 6 são sobre Autocuidado (Alimentação, Higiene Pessoal, Banho, Vestir metade superior do corpo, Vestir metade inferior do corpo, Utilização do sanitário), 2 são sobre o Controlo de esfínteres (urina e fezes), 3 são sobre mobilidade (utilização da cama, da cadeira de rodas e da casa de banho), 2 são sobre a Locomoção (Marcha e Escadas), 2 sobre Comunicação (Compreensão e Expressão) e 3 sobre Cognição Social (Interação social, Resolução de problemas, Memória). A cotação é feita por pontos das quais a pontuação máxima é 126 (18 pontos - dependência completa; 19/60 pontos - dependência modificada com assistência até 50% da tarefa; 61/103 pontos - dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa; 104/126 pontos - independência completa). (DGS, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS III) – Desenvolvida por Wechsler (1968) esta escala tem o objetivo de avaliar o funcionamento cognitivo do individuo. É muito utilizada na avaliação neuropsicológica, pois além de dar dados sobre a capacidade intelectual do individuo, permite identificar as limitações causadas quando existe uma lesão. A escala é composta por 14 subtestes que fornecem dados quantitativos (Completamento de Gravuras, Vocabulário, Códigos, Semelhanças, Cubos, Aritmética,

Matrizes, Dígitos, Informação, Disposição de Gravuras, Compreensão, Pesquisa de Símbolos, Letras e Números, Composição de Objetos). O WAIS III pode ser utilizado integralmente ou o psicólogo pode optar pelos testes a administrar de acordo com a informação pretendida que pode ser através do QI (deverão ser aplicadas todas as provas que permitem a obtenção do QI Verbal e de Realização) ou Índices Fatoriais (Deverão ser aplicadas todas as provas que permitem a obtenção dos Índices: Compreensão Verbal - Vocabulário, Semelhanças e Informação; Organização Preceptiva - Completamento de Gravuras, Cubos e Matrizes; Memória de Trabalho - Aritmética, Memória de Dígitos, Letras e Números; Velocidade de Processamento - Códigos e Pesquisa de Símbolos). Nos casos apresentados foram utilizados os subtestes para avaliar QI. O teste apresenta uma boa consistência interna com *alpha de Cronbach* de 0,86 (Leça, 2014).

6.2. Caso A

Karina (nome fictício), 42 anos, de nacionalidade brasileira, divorciada, tem o 12º ano completo, reside em Portugal. Pertence a uma fratria de 3 irmãos, sendo ela a do meio e tem dois filhos (um do sexo feminino e um do sexo masculino), uma das filhas tem suspeita de espectro de autismo.

Teve um AVC hemorrágico do hemisfério direito (volumoso hematoma Intra parenquimatoso frontotemporal direito com volumosa área de edema perlesional), com necessidade de cirurgia de Craniotomia descompressiva para drenagem do hematoma e colocação de implante metilmetacrilato) que foi realizada no hospital São José, teve várias complicações na fase pós aguda. Fez Cranioplastia para colocação do crânio no lugar. Ficou internada por volta de 2 meses para programa de reabilitação.

Motivo da consulta foi por indicação médica.

Estado vígil, calma, orientada no tempo no espaço e na pessoa, sem alterações de sono, comunicação funcional, discurso coerente e fluido, hemiparesia esquerda a paralisia parcial, não apresenta disfagia, com hipoestesia superficial profunda.

Em fevereiro de 22, retorna à unidade para fazer reabilitação, depois de ter sido feita a revisão da cranioplastia em janeiro 22 sem complicações, mantém a comunicação funcional mais enriquecido, locomove em cadeira de rodas e já está mais colaborante em Atividades de Vida Diária.

Na primeira sessão deste internamento, Karina demonstrou e referiu felicidade pelo retorno a psicologia e por ter uma conterrânea psicóloga.

Karine sente que não tem apoio dos filhos. sente-se frustrada por falta de “assistência dos filhos” (SIC) e principalmente da filha que é muito rebelde. Nesse tempo estava sempre a necessitar de coisas como desculpas para ver os filhos. Sente-se triste com a saída de uma colega de quarto com quem conversava e desabafava. Assume ter obsessão por limpeza, lava as mãos e os braços até esfolar e acha sempre que está a cheirar mal. Sente-se frustrada porque não toma banho 2 vezes ao dia. Tem diagnostico de Perturbação de Ansiedade com comorbidade POC e faz medicação.

Karina esta decepcionada com a filha por ter assumido uma orientação bissexual, mas contradiz também que a filha sempre foi muito rebelde, não ajudava nos afazeres da casa, e que neste momento reconhece que a filha está mais responsável.

Com a previsão da alta, sente-se insegura para com o mundo lá fora.

6.2.1. Avaliação Psicológica Caso A

Sabendo-se que o AVC foi localizado no hemisfério direito fronto temporal foram feitos os rastreios através do Protocolo de Avaliação da Consulta de Reabilitação e do teste psicométrico do WAIS III para perceber a capacidade cognitiva Real e Operacional (OP)

Durante o teste esteve sempre ansiosa, esfregava as mãos constantemente. Colaborou em fazer o teste, mas não teve muito interesse. Aparentava satisfeita por ter tomado banho antes do teste.

- *WAIS II*

Resultado: Real (Soma dos resultados Padronizados 33, QI/índice Fatorial 76) OP (Soma dos resultados Padronizados 18, QI/índice Fatorial 76).

Discussão: Apresenta dificuldades em ordens mais complexas, pois foi necessário explicar várias vezes. Pobre nos processos mais abstratos e processos atencionais, sobretudo concentração e resistência à distração. Tem pouca iniciativa.

- *MIF*

Resultado: Total – 69 (61/103 pontos - dependência modificada)

6.2.2. Análise segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito

Seguindo a teoria do professor Hipólito (2011) e com a informação que fui adquirindo pude fazer uma análise sucinta dos traumas existentes e pode-se caracterizar alguns da maneira apresentada abaixo:

Como trauma nas potencialidades pode-se considerar o AVC. Sendo um Trauma biológico o qual afetou a motricidade (BIO) e a convivência com os filhos (SOC e PSI). Como condições ótimas de atualização pode-se considerar visita dos filhos ao hospital, cirurgia, a reabilitação e o acompanhamento psicológico.

Como traumas nas condições pode-se considerar “A filha ter assumindo-se bissexual”, sendo um Trauma Psicoafectivo que afetou a sua relação com a filha (PSI) e seu sentimento de orgulho e confiança na filha (PSI). Como condições ótimas de atualização temos o Acompanhamento psicológico (PSI).

Ainda como trauma nas condições considera-se “saída da colega de quarto”, sendo um Trauma Psicossocial que afetou a sua vivência no internamento (PSI), diminuiu a sua interação e possibilidade de ter alguém para conversar (PSI e SOC). Como condições ótimas de atualização pode-se considerar o Acompanhamento Psicológico.

Outro trauma nas condições seria a “obsessão por limpezas” sendo um Trauma Biopsicossocial que afeta a saúde física, pois fica com as mãos aleijados (BIO), o seu humor (PSI) e a maneira como se socializar com as pessoas, com medo de se sujar ou de se infectar (SOC). Como condições ótimas de atualização temos o Acompanhamento Psicológico e possibilidade de tomar banho quando quer.

O último trauma nas condições seria “alta médica”, sendo um Trauma Psicossocial que afeta o humor, pois ela sente medo e insegurança em como vai conseguir viver e se relacionar fora do hospital (PSI e SOC). Como condições ótimas de atualização temos o Acompanhamento Psicológico.

Pode-se considerar a filha como maior figura de afeto e a maior condição de atualização reabilitação e o acompanhamento psicológico como.

Referente às dissociações pode-se considerar a existência de uma dissociação entre Self real e self ideal, dando a Karina uma baixa estima de si. O cognitivo e o emocional parece equilibrado e o real e o imaginário apresentam uma dissociação por a Karina sentir que está suja ou que os ambientes estão sujos mesmo não estando, consequências do seu POC.

O *locus de controlo* da Karina é externo, pois está a apresenta muita relatividade aos acontecimentos da vida dela que estejam contra as suas ideologias e seu conforto.

6.2.3. Doenças mentais pós AVC

Estudos indicam que a maior parte das pessoas que têm AVC e que vão atingindo um estado mais cronico da doença podem adquirir algumas doenças mentais. A ansiedade e depressão são as perturbações mais comuns encontradas nas pessoas pós AVC (Reis, 2019).

As sequelas e limitações que aparecem em consequência do AVC podem tornar esses pacientes mais ansiosos, principalmente nas duas semanas pós AVC e amostras comprovam que podem perdurar três anos apos a doença (Reis, 2019).

Os sintomas de ansiedade e depressão pós AVC são mais encontrados no sexo feminino (Conceição, Conceição & Pimentel, 2021; Reis, 2019) e acometem aproximadamente 30% dos pacientes pós AVC (Antunes, 2020).

Quando o AVC não leva ao óbito as capacidades físicas e cognitivas, a saúde emocional e as habilidades sociais são atingidas de força a deixar incapacidades tornando esses pacientes mais estressados e com menor qualidade e satisfação com a vida (Conceição, Conceição & Pimentel, 2021; Reis, 2019; Silva et al, 2021).

Em consequência das incapacidades a pessoa torna-se mais dependente da ajuda dos outros, até mesmo para suas atividades mais individuais. Muitas vezes o auxílio da família deve ser na totalidade das atividades, de modo a desencadear maior estresse, ansiedade e depressão (Silva et al, 2021).

O auxílio da família é importante desde a reabilitação até mesmo a reintegração da pessoa na sociedade, com uma nova vivencia (Silva et al, 2021). O AVC pode causar distúrbios como a hemiparesia, hemiplegia, afasia, incontinência de esfínteres, perda de memória, depressão, défices cognitivos e perturbações do sono (Antunes, 2020).

Karine teve um AVC hemorrágico do hemisfério direito frontotemporal, o que indica que a artéria cerebral anterior foi afetada de forma que pode-se diagnosticar através da teoria e das observações clínicas que ela teve: hemiparesia contralateral, diminuição da fluência verbal, disfunção do esfíncter e da vesícula e perda sensorial contralateral (Cancela, 2008; Portellano, 2005). Foi diagnosticada com ansiedade, a qual aumentou significativamente após o AVC e continua a medicação.

6.2.4. Perturbação Obsessiva-compulsiva

A obsessão pode ser caracterizada como pensamentos indesejáveis, persistentes e incontrolláveis que têm como resposta a compulsão, que é caracterizado por comportamentos repetitivos, sistemáticos em relação a obsessão (DSM-5, 2014).

É uma perturbação limitadora, em que o indivíduo tem necessidade de adotar rituais rígidos em que a pessoa se compromete a seguir a riscas todos os comportamentos que se propõe a fazer. Os rituais vêm em resposta a conseguir controlar o pensamento obsessivo (DSM-5, 2014, Silvestre & Entradas, 2023).

As compulsões podem ser comportamentais, em que o indivíduo precisa realizar tarefas, ou atos mentais, como por exemplo repetir palavras em silencio. As obsessões e compulsões interferem significativamente na vida dos indivíduos, tomando energia e tempo, prejudicando-o em várias áreas da vida. A necessidade de verificação constante, o receio excessivo e a preocupação tornam o indivíduo obsessivo compulsivo incapaz de gerir a sua vida de forma satisfatória (Robbins, Vaghi & Banca, 2019).

O indivíduo obsessivo compulsivo varia no grau de *insight* naqueles que entendem que seus comportamentos e pensamentos são irreais e prejudiciais até aqueles que acreditam em seus pensamentos como verdadeiros e são obedecer aos rituais serão severamente penalizados. Quando mais pobre é o *insight*, pior é a evolução da perturbação (DSM-5, 2014). A maior parte dos indivíduos com esta perturbação sente vergonha dos seus sintomas, tornando esta uma perturbação solitária e muitas vezes nem as pessoas próximas conseguem identificar estes comportamentos. Esta característica culmina num diagnostico difícil de ser feito, podendo ser admitido pelo indivíduo apenas quando existe confiança no psicólogo (Torres, 2001).

Segundo o CID-10 (1994) existem POCs em que o paciente é perturbado por pensamentos angustiantes eu faz com eu o sujeito tenha oscilações entre várias atitudes a tomar o que o incapacita de tomar qualquer decisão, banais ou não – Perturbação obsessivo-compulsivo com predominância de ideias ou de ruminação obsessivas.

O tratamento para a POC é importante e terá sucesso de tratado assim que for identificado, porem os sintomas podem ser instáveis quanto a intensidade, alguns indivíduos tendem a sentir os sintomas episodicamente ou sempre. As taxas de remissão não são altas, mas muitos indivíduos não tratados na infância tendem a ter emissões na vida adulta. O POC afeta muito mais o sexo feminino do que o masculino. No sexo feminino os sintomas são mais relacionados com limpeza (Robbins, Vaghi & Banca, 2019).

As obsessões por contaminação e compulsão por limpeza são uma das quatro com maior prevalência entre aqueles que possuem essa perturbação (Costa, 2015).

No caso A, percebe-se que Karina tem um bom insight da sua doença, no entanto nunca houve antes um tratamento efetivo neste sentido. Esta perturbação traz consequências a Karina, ela apresenta escoriações nas mãos por lavar tantas vezes e com tanta rigidez, declarando ainda que sempre limpa “até esfolar” suas mãos. Também é possível perceber que esta sente-se insatisfeita por não conseguir manter a sua higiene pós AVC, trazendo ela maior ansiedade e frustração. O AVC pode despoletar ou aumentar sintomas de POC (Antunes, 2020).

Karine também informou que estes sintomas começaram na sua gestação e foram aumentando exponencialmente após o parto. Alguns estudos verificaram que o pós-parto é um momento muito sensível para o desenvolvimento de sintomas obsessivos e compulsivos. As cobranças sociais com relação a maternidade pode ser um preditor destes sintomas (Pinho, 2020).

6.2.5. Diagnostico e tratamento

Além da reabilitação proposta por causa do AVC, pode-se diagnosticar outros sintomas na cliente. Karine tem diagnóstico Perturbação de ansiedade, tem sintomas de Perturbação obsessivo-compulsivo e certa indisponibilidade em aceitar as escolhas da filha, tornando-se numa pessoa mais frustrada.

Referente ao AVC a Neuropsicologia desde sempre tem buscado soluções para a reabilitação da saúde física e mental dos pacientes de AVC. O neuropsicólogo deve investigar todas as áreas do cérebro afetadas através de exames e das queixas do paciente, desta forma pode indicar o tratamento adequado para a reabilitação e estabelecer um prognostico. Os tratamentos nestes casos buscam contribuir para a autonomia, autoestima e independência total ou parcial do paciente (Lara, 2021).

O tratamento incide primeiramente no episodio agudo do AVC, apos esse estado uma equipa multidisciplinar deve auxiliar o tratamento de forma a adaptar a pessoa referente a sua nova condição física, mental e social (Antunes, 2020).

Quanto aos sintomas de POC e ansiedade puderam ser tratados através da terapia, em que a escuta ativa, a compreensão empática e a consideração positiva incondicional auxiliou para que a cliente pudesse compreender-se a si no sentido de encontrar formas de diminuir a influencia desses sintomas na sua vida quotidiana.

6.3. Caso B

Mosqueteiro (nome fictício), 35 anos, nacionalidade brasileira, residente de Lisboa. Tem um irmão o qual não tem boa relação. Atualmente está internado, no entanto morava com a tia. Teve uma namorada, mas agora está solteiro.

Em agosto de 2021 teve um AVC isquémico bilateral com estenose significativa da artéria basilar, usa sonda Naso gástrica e está internado, tem dificuldades em linguagem, falta de equilíbrio e má coordenação motora. Além do AVC tem VIH e Sífilis, conta que teve muitas parceiras sexuais, por isso não sabe quando contraiu o vírus. Faz medicação Benzilpenicilina, cumpre TARV e como reabilitação faz terapia da fala e teria ocupacional.

Estado vígil, calmo, orientada no tempo no espaço e na pessoa, sem alterações de sono, comunicação dificultada (discurso fluente, porém com pouca projeção), sem iniciativa verbal e comportamental. Apresenta-se passivo e lentificado, limitações motoras, cognição lentificada mas sem alterações com postura mantida e esboça sorrisos. Usa fraldas, mas tem algum controlo de Esfíncteres. Falta consciência sobre as implicações da doença na sua vida social e profissional.

Motivo da consulta foi por indicação médica.

Na primeira sessão esteve sempre colaborante, no entanto fica muito atento ao telemóvel.

No passado fazia uso de substâncias adictas, no entanto neste momento não utiliza nenhuma.

Sempre teve muitos amigos, porém após a pandemia do Covid19 afastou-se de muitos amigos, outros não pode falar com eles pois a tia bloqueou-os das suas redes sociais, pois acha que são má influência para ele. Teve uma namorada no passado, mas não fala muito sobre ela.

Ao longo das sessões esteve sempre bem-disposto e muito ansioso, e acredita que tem recuperado bem. Sente-se alegre por conseguir dar alguns passos e subir escadas. após a retirada da sonda sentiu-se menos ansioso, o que poderia estar ligado ao desconforto físico bem como a autoimagem. Tinha a autoestima baixa enquanto esteve a usar a sonda.

Sonha em ter uma família e concluir seus estudos. Pensa que este é um momento para refletir sobre si e sobre as mudanças que fará na vida em consequência do AVC. Aparenta ter capacidade para encontrar alternativas para o futuro.

Para melhor avaliação foram aplicados o questionário WAIS III, um protocolo de avaliação da consulta de reabilitação neurológica

6.3.1. Resumo das sessões

Primeira Sessão

Diz estar satisfeito com a recuperação e feliz em ter notícias da família.

Usa sonda Naso gástrica, a terapeuta considera melhoras e o fisioterapeuta também.

Fala um pouco sobre si, fala sobre a má relação com o irmão que vive em outra cidade e sobre a tia. Também diz que não se considera muito observador, olha muitas vezes o telemóvel, escreve o nome em letra de forma. Fala também sobre as expectativas em tirar a sonda e sobre seu último trabalho.

Apresenta-se colaborante e lenificado. Esboça sorrisos e vai perceber o acontecido com o médico sobre o futuro cognitivo. Convém saber conduzir as coisas.

Segunda sessão

Apresenta-se bem-disposto, põe-se de pé, começou a comer, a caminha e sobe escadas, ainda com desequilíbrio, usa fraldas, já há sensibilidade no controlo de esfíncteres.

Fala pouco sobre a ex-namorada e fala que estava à espera da visita do irmão que não pode visitá-lo por não ter o teste COVID19. Diz que a tia não gosta que ele esteja com o irmão, pois ele usa substâncias ilícitas e é má influência. Conta sobre a sua experiência com substâncias no passado e admite não usar mais.

Tem família no Brasil e eles não entendem o que ele fala, pois, a sua fala ficou alterada com o AVC.

Fala sobre como pensa que será sua vida após o AVC sic” ainda é muito cedo, o mais provável é ficar com a tia. Estou com a tia desde os 19 anos e parece que voltei ao começo. Nunca podemos falar que somos autossuficientes”

Fala sobre os amigos e conta que a tia bloqueou os amigos para que eles não possam influenciá-lo a fazer coisas erradas.

“Já pensei em ter família, queria voltar à faculdade para terminar Direito ou Jornalismo. Quando comecei, não gostei e achei muito difícil e quando comecei a entender, já tinha parado. Acho que há uns tempos, estava perdido. Preciso refletir sobre quem é.”

Nesta sessão foram feitos testes, nomeadamente o questionário WAIS III e o protocolo de avaliação da consulta de reabilitação neurológica. Mosqueteiro esteve sempre muito concentrado a fazer os testes.

Terceira sessão

Teve consulta gastroenterologia e estava muito ansioso. Também tirou a sonda e estava muito contente.

Quarta sessão

Apresenta evoluções do seu quadro. Já come comida pastosa. Acha que está a perder muito peso, precisa ganhar músculos. Já anda sozinho, mas com desequilíbrio. Fala que ficará até janeiro na unidade. Não está preocupado em passar o Natal internado.

Estava falante, diz que vai pensar melhor na vida em relação a outros problemas de saúde. Vai pensar o que vai mudar na vida com as sequelas do AVC. Gostaria de continuar a vida como era antes. Agora é procurar trabalho com as condicionantes que tem do braço e do equilíbrio. Está à espera do resultado da reinserção. Fala sobre não poder beber, nem fumar e sobre os cuidados que terá que ter com as relações sexuais. Sentiu que tem ereções.

Fala sobre o VIH, conta que tinha muitas parceiras sexuais e não sabe de quem contraiu o vírus.

6.3.2. Análise segundo a Teoria Psicoafectiva de Hipólito

Seguindo a teoria do professor Hipólito (2011) e com a informação que fui adquirindo pude fazer uma análise sucinta dos traumas existentes e pode-se caracterizar alguns da maneira apresentada abaixo:

Como trauma nas potencialidades pode-se considerar o AVC. Sendo um Trauma biológico o qual afetou a motricidade (BIO) e a convivência com os amigos e com a família (SOC e PSI). Como condições ótimas de atualização pode-se considerar visita da tia ao hospital, a reabilitação e o acompanhamento psicológico.

Também como trauma nas potencialidades pode-se considerar o VIH e a sífilis. Sendo um Trauma biológico o qual afetou a saúde física (BIO) e a vida sexual (SOC e PSI). Como condições ótimas de atualização pode-se considerar a medicação e o acompanhamento psicológico.

Como traumas nas condições pode-se considerar o uso de substâncias sendo um Trauma biopsicossocial que afetou a sua relação com a família e amigos (PSI), fez com que tivesse uma vida sexual sem regras e assim contraído VIH (BIO, PSI e SOC). Como condições ótimas de atualização temos ele ter deixado de usar as substâncias, o apoio da tia e o acompanhamento psicológico.

Pode-se considerar a tia como maior figura de afeto e a reabilitação, o apoio da tia e o acompanhamento psicológico como maiores condições de atualização.

Referente às dissociações pode-se considerar a existência de uma dissociação entre *Self* real e *self* ideal, dando ao Mosqueteiro uma baixa estima de si. O cognitivo e o emocional parecem equilibrados e o real e o imaginário também estão em equilíbrio, pois ele consegue distinguir a realidade do que não é real

O *locus de controlo* do Mosqueteiro por vezes é externo e outras vezes é interno, apesar de todos acontecimentos adversos ele consegue ver a sua responsabilidade e não deixa que interfira de grande forma nas suas emoções, tendo sempre seu autocontrole. No entanto em algumas situações o acontecimento os deixa bastante ansioso.

6.3.3. Avaliação Psicológica Caso B

A fim de perceber as limitações cognitivas causadas pela lesão cerebral do Mosqueteiro foram feitos rastreios através do Protocolo de Avaliação da Consulta de Reabilitação, Medida de Independência Funcional – MIF e WAIS III.

Durante os testes Mosqueteiro cooperou em fazer os testes, no entanto teve pouca iniciativa e atenção. Estava sempre a ver o telemóvel o qual teve-se que ser chamado atenção para que pudesse estar atento ao teste. Não apresentou ansiedade perante a resolução dos mesmos.

- *WAIS III*

Resultado: Real (Soma dos resultados Padronizados 43, QI/índice Fatorial 91) OP (Soma dos resultados Padronizados 29, QI/índice Fatorial 98).

Discussão: Apresenta dificuldades em ordens mais complexas, pois foi necessário explicar várias vezes. Pobre nos processos mais abstratos e processos atencionais, sobretudo concentração e resistência à distração. Tem pouca iniciativa.

- *MIF*

Resultado: Total – 54 (19/60 pontos - dependência modificada com assistência até 50% da tarefa)

6.3.4. AVC e Perturbação de linguagem

A consequência do AVC vai depender das áreas afetadas. Para perceber quais limitações vão existir fatores como localização, extensão da lesão e características da vida do paciente devem ser tomadas em conta (Sheppard & Sebastian, 2021).

Quando há existência de comprometimento motor, normalmente existe hemiplegia, paraplegia e paresias. Esse comprometimento manifesta através de dificuldades de combinação dos movimentos, dificuldade na fala e deficiências na face (Sitta et al., 2010).

A Perturbação de linguagem é uma disfunção decorrente de uma lesão no hemisfério esquerdo do cérebro. Na maior parte das vezes essa lesão ocorre por causa de AVC's. a afasia pode ser transitória ou permanente (Fontanesi & Schmidt, 2016).

O mosqueteiro teve um AVC isquêmico pântico bilateral com estenose significativa da artéria basilar e apresenta um quadro de *Loked in*, que é um estado de tetraplegia com função cognitiva não alterada. Apresenta um quadro de disartria com grau moderado, em que a articulação da fala está afetada, apresenta disfagia (Instituição, 2022)

A dificuldade na comunicação pode trazer ao individuo frustração e por conseguinte isolamento e tristeza. Importa que existam medidas para que a qualidade de vida dessas pessoas sejam um pouco melhor (Sitta et al., 2010). A assistência deve se estender a família e ao meio envolvente do afásico, pois assim como o paciente as pessoas ao redor também são afetadas pela nova condição de vida (Paia & Ferraz, 2014; Sheppard & Sebastian, 2021).

6.3.5. Sífilis, VIH e fatores de risco para AVC

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível – IST, causado por uma bactéria, a *Treponema pallidum*. É caracterizada por úlceras genitais ou anais, podendo aparecer também em outras regiões do corpo (boca, pele, língua e lábios), pode ser causada pela relação sexual (sífilis adquirida), através da placenta da mãe para o feto (sífilis congénita) ou através de vias indiretas, como no caso de objetos contaminados. O tratamento para sífilis é farmacológico através da penicilina benzatina injetável. (Avelleira & Bottino, 2006; Silva et al., 2020; Menezes et al., 2021).

Segundo World Health Organization - WHO (2023) Existem varios estagio da doença:

- Sífilis primária: tem a duração de 21 dias e apresenta uma ferida redonda que não causa dor e dura (cancro), normalmente nos órgãos genitais e anus. Pode cicatrizar em no máximo dez dias, se não for tratado pode se tornar uma sífilis secundária.
- Sífilis secundária: existência de uma erupção cutânea nas palmas das mãos e solas dos pés que podem causar comichões. Podem aparecer lesões nas áreas dos lábios e anus.
- Sífilis latente: é o terceiro estágio da doença, podendo causar danos cerebrais, oculares e cardiovasculares.

Segundo a WHO (2023) estima-se que no ano de 2020, 7,1 milhões de adultos foram infectados com sífilis.

Indivíduos com sífilis ainda passam por muitos constrangimentos, pois é uma doença encarada com muito preconceito (Silva et al., 2020).

Segundo WHO (2023) Vírus da Imunodeficiência Humana – VIH é uma infecção que afeta a imunidade do corpo atingindo os glóbulos brancos de forma a tornar o corpo mais vulnerável a doenças. É transmitido através da relação sexual sem proteção, através de fluidos corporais (semen, sangue e fluidos vaginais), pelo leite materno ou através de objetos infectados (seringas). Quando a doença atinge um estágio mais avançado é caracterizado como A síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA. Os sintomas são semelhantes a uma gripe ou podem ser assintomáticos e a progressão da doença pode causar sintomas mais agressivos (gânglios linfáticos inchados, perda de peso, febre, diarreia, tosse) e pode progredir para doenças graves (tuberculose, meningite criptocócica, infecções bacterianas graves, cânceres como linfomas e sarcoma de Kaposi) e também pode tornar doenças hepáticas mais agressivas.

Não existe uma possível cura para o VIH, sendo o tratamento feito por medicamentos antirretrovirais, que impedem a replicação do vírus no organismo – a terapia anti-viral (TARV) (WHO, 2023).

A possibilidade de contrair VIH é muito maior em pessoas infectadas com sífilis (WHO, 2023). Quando o paciente com sífilis tem também VIH existe um acometimento mais rápido do sistema nervoso, problemas oculares mais agressivos e maior possibilidade de lesões malignas (Avelleira & Bottino, 2006; Menezes et al., 2021).

Segundo Castro et al (2016) o cérebro da pessoa com VIH apresenta uma perturbação cognitiva em relação a cérebros de pessoas não portadoras deste vírus. Aqueles que apresentam sintomas têm ainda mais défices cognitivos do que os não sintomáticos. Portanto

existe uma influencia significativa do virus nos processos cerebriais desses individuos e é importante ter isso em conta para estabelecer um processo terapeutico eficiente.

Segundo Bogorodskaya et al. (2019) o VIH é um fator de risco para o AVC. Este fator de risco pode estar relacionado com:

- Infecções Oportunistas: como no caso da Imunossupressão em a contagem de linfócitos CD4 baixa está relacionada com a maior ocorrência de AVC- como também a meningite tuberculosa, neurosífilis e vasculite pelo vírus varicela-zoster que podem levar a infalmação do Sistema nervoso.
- TARV: segundo varios estudos os inibidores de protease e os Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa estão relacionados com ocorrências de enfarte de miocardio e AVC.
- Riscos tradicionais: pessoas com VIH estão mais propensas a ter doenças como diabetes e hipertensão o que aumenta a possibilidade de um AVC.
- Aterosclerose de grandes artérias e doença de pequenos vasos: a aterosclerose pode causar AVC mais facilmente em pessoas com VIH.
- Cardioembolismo: pessoas com VIH tem mais propensão de ter fibrilação ventricular se comparados a pessoas sem VIH.
- Coagulopatia: pessoas com VIH podem apresentar deficiência de proteínas S e C que podem estar relacionadas com AVC.
- Vasculopatia não aterosclerótica associada ao HIV: pessoas mais jovens infectdas com VIH apresentam vasculopatia do VIH que podem causar AVC.

6.3.6. Uso de substâncias e AVC

O Consumo de substancias toxicas é um fator de risco para o AVC. Segundo Correia et al. (2018) embora o tabagismo seja visto geralmente como um fator significativo culturalmente como um risco, sabe-se que diferentes tipos de susbtsancias podem provocar riscos de AVC:

- Cocaína – pode causar Vasopasmo, Cardioembolismo, Efeito Protombótico, Aterotrombose Acelerada, Hiperviscosidade e Vasculite (que são riscos de AVC Isquemico); Pico Hipertensivo, Rupura De Aneurisma, Vasculite e Disfunção Da Autoregulação Cerebral (que são riscos de AVC Hemorragico).
- Anfetaminas (Ecstasy, Efedrina) – pode causar Vasculite (pode causar AVC Isquemico); Pico Hipertensivo, Vasculite, Ruptura De Aneurisma Oumalformação Arterio-Venosa (que são riscos de AVC Hemorragico).

- Opióides (Heroína) – Cardioembolismo (endocardite infecciosa), Reação de hipersensibilidade, Embolização de corpos estranhos, Compressão de artéria carotídea, Vasculite (que são riscos de AVC Isquêmico).
- Cannabis – Hipotensão, Vasospasmo, Síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, Vasculite, Efeito trombogénico por activação plaquetária, Cardioembolismo (que são riscos de AVC Isquêmico); Disfunção da autorregulação cerebral (eu pode causar AVC Hemorrágico).
- LSD - Vasoconstrição carotídea que é um risco para AVC Isquêmico.
- Esteróides anabólicos - Aterogenicidade aumentada, Efeito protrombótico (trombocitose, po-tenciação de factores pró-coagulantes), Hiperviscosidade sanguínea edisfunção endotelial, Cardioembolismo(lesão miocárdica, arritmia) (que são riscos de AVC Isquêmico).

6.3.7. Diagnóstico e Tratamento

Mosqueteiro neste momento faz terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, Atividade de vida diária – AVD e psicofármacos para o VIH (TARV).

Após a observação, dos exames clínicos e dos testes aplicados pode-se dizer que Mosqueteiro apresenta ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e pouca iniciativa.

No entanto a retirada da sonda Naso gástrica foi uma condição ótima de atualização, pois diminuiu significativamente os sintomas ansiosos e depressivos, além de aumentar a autoestima, pois sentia-se feio e incapaz com a sonda.

Sentia-se frustrado e incapaz de gerir a sua vida o que pode estar relacionado ao controle da tia, pois sente que a tia impede que ele possa ter amigos “eu tinha muitos amigos, mas minha tia bloqueou-os, só posso falar com eles na presença dela” (sic).

A reabilitação e o acompanhamento psicológico têm sido importante e tem melhorado os sintomas encontrados no Mosqueteiro. Com o seguimento das sessões é possível observar melhoramento de marcha, da fala e dos movimentos. Já consegue comer sem a sonda e pentear-se sozinho. Em relação aos sintomas depressivos e ansiosos percebe-se um melhoramento significativo em cada conquista que ele alcança.

O tratamento terapêutico deve ter continuidade a fim de dar ao Mosqueteiro autonomia e conseguir que seja reinserido a vida social e profissional (Lara, 2021).

7. REFLEXÃO FINAL

Este relatório é uma conclusão de uma experiência peculiar durante o meu caminho na psicologia. Mesmo com vários problemas encontrados durante o estágio e o término do relatório, foi possível adquirir experiências não só técnicas, como emocionais.

A reabilitação Neuropsicológica engloba aspetos importantes da avaliação e da observação clínica, possibilitando um olhar clínico mais atento. Para que a avaliação seja feita é necessário ter em conta aspetos individuais do cliente a nível cognitivo, emocional e comportamental. Ao fazer uma boa anamnese é possível conseguir estruturar uma terapêutica mais eficaz.

No que diz respeito a abordagem, o centro utiliza uma intervenção holística com treino cognitivo e acompanhamento psicoterapêutico diário, baseado na abordagem Cognitivo-comportamental. No entanto, foi possível acrescentar várias atitudes da abordagem centrada na pessoa para que o acompanhamento psicológico pudesse ser feito visando a compreensão empática e a aceitação positiva incondicional. Foi uma questão de grande dificuldade e confronto de ideias. Primeiramente porque a abordagem cognitivo-comportamental foca nas questões a serem resolvidas, dando ao indivíduo ferramentas para que consiga resolvê-la, enquanto a ACP acredita que a pessoa tem dentro dela essas ferramentas. Outra limitação nesta questão é em relação à diferença de interpretação dos casos que divergiam muito entre eu e os técnicos da instituição que têm uma vertente mais baseada na mudança de comportamento, enquanto a ACP é baseada em como a pessoa se sente no momento dando valor a experiência.

Outra limitação, como já mencionado, foi o tempo das sessões. Cada sessão tinha 30 minutos e muitas vezes não era possível perceber questões emocionais importantes do cliente, pois na maior parte do tempo tínhamos que avaliar as condições neurológicas do utente.

O acompanhamento psicológico passa pelo entendimento de que cada pessoa é um ser único e cada cliente na situação de reabilitação psicológica encara sua experiência de forma única e subjetiva. A terapia deve estimular a auto-percepção do indivíduo e a sua autonomia para que possa se adaptar a sua nova condição.

Durante o tempo de estágio foi possível perceber que o controlo emocional dos utentes do centro estava diminuído, não apenas por estar numa condição pior do que a anterior a doença, mas também por não ter noção de como ir refazer a vida, pelo tempo de recuperação

e pela dependência da ajuda de terceiros. É muito comum encontrar quadros depressivos e ansiosos entre os utentes do centro.

O papel que o psicólogo desempenha neste local, independentemente da abordagem terapêutica, é muito importante para proporcionar aos utentes um pouco de conforto, qualidade de vida e na fundamentação do processo terapêutico e prodiagnóstico (Lara, 2021).

Toda a reabilitação era pensada e colocada em prática tendo em conta as necessidades individuais de cada um dos utentes.

No caso A as implicações emocionais estavam mais aparentes, de forma que a terapêutica foi baseada não só na promoção da qualidade de vida física, mas também no processo de ajuda com a Perturbação de Ansiedade e POC. Foi necessário dar a devida atenção ao caso recente da vida da cliente em relação as escolhas da filha. Segundo Hipólito (2011), quando existe uma situação traumática normalmente originam sintomas físico e psicológicos.

Com o passar das sessões foi possível perceber que Karina já conseguia lidar melhor com seus sintomas, no entanto o facto de não poder tomar dois banhos por dia continuou sendo um grande problema para sua ansiedade e autoestima. Esta situação pode estar ligada ao seu POC, no entanto também pode ser uma questão cultural do país de onde nasceu.

No caso B as implicações físicas eram mais evidentes, embora este utente tivesse mais limitações físicas, o seu emocional não estava tão abalado em comparação ao caso A. Os sintomas de ansiedade e falta de autoestima foram diminuindo a cada conquista do cliente. No entanto as questões com o controle da tia devem ser mais bem trabalhadas.

Mosqueteiro não tem muita consciência das suas limitações, acredita que poderá ter uma vida normal como antes. Embora o AVC tenha sido um evento ruim em sua vida, segundo ele a reabilitação tem sido um momento de muitas reflexões.

Embora o prognóstico do Mosqueteiro não demonstre que poderá ter uma vida como antes, é importante aceitar os pensamentos do cliente sem julgamentos, respeitando seu tempo e suas crenças, tendo em conta o momento da experiência (Rogers, 2003).

O estágio num centro de Reabilitação Neuropsicológica pode ser muito desafiador, no entanto é enriquecedor em vários aspetos.

8. Referencias Bibliográficas

- Antunes, C. D. (2020). Impacto da Depressão e Ansiedade na Funcionalidade e Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral (Master's thesis).
- Avelleira, J. C. R., & Bottino, G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*, 81, 111-126. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.
- Barreto, J. L. R. (2022). Efeitos de intervenções orientadas pelo corpo em pacientes adultos e idosos, pós Acidente Vascular Cerebral, na função cognitiva, na noção do corpo e na qualidade de vida: uma revisão sistemática.
- Bogorodskaya, M., Chow, F. C., & Triant, V. A. (2019). Stroke in HIV. *Canadian Journal of Cardiology*, 35(3), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.11.032>.
- Brodley, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30.
- Cancela, D. M. G. (2008). O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação. *O portal do Psicólogo, Portugal*, 2-18. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Castro, C., Hipólito, J., Brites, R., & Nunes, O. (2016). Bateria Luria-DNA para a população portuguesa: Os défices cognitivos associados ao VIH/SIDA. In *11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 159-166). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. <http://hdl.handle.net/11144/2668>.
- Coltheart, M. (2008). Neuropsicologia cognitiva. *Scholarpedia*, 3 (2), 3644.
- Conceição, M. L., Conceição, M. L., & Pimentel, P. H. R. (2021). Qualidade de vida de indivíduos pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(14), e506101422746-e506101422746.
- Correia, J. P., Figueiredo, A. S., Costa, H. M., Barros, P., & Veloso, L. M. (2018). Investigação etiológica do acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Medicina Interna*, 25(3), 213-223.
- Costa, I. M. C. (2015). Necessidades psicológicas e regulação emocional na perturbação obsessivo-compulsiva (Doctoral dissertation).

- Direção-Geral da Saúde. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. [Internet]. 27 dez 2011. [acessado 2023 set 28]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. Aumenta o número de tratamentos a doentes com AVC agudo. [Internet]. 30 out 2021. [acessado 2023 set 27]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/aumenta-o-numero-de-tratamentos-a-doentes-com-avc-agudo.aspx>.
- Domingues, E. D. F. (2021). Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 381-387.
- Fletcher-Janzen, E., & Kade, HD (1997). Reabilitação de traumatismo cranioencefálico em pediatria no meio do neurodesenvolvimento. No *Manual de neuropsicologia clínica infantil* (pp. 452-481). Springer, Boston, MA.
- Fontanesi, S. R. O., & Schmidt, A. (2016). Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18, 252-262. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>.
- Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., & Abreu, N. (2018). *Avaliação Neuropsicológica-2*. Artmed Editora.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in geriatric rehabilitation*, 1(3), 59-74.
- Hamdan, A. C., de Pereira, A. P. A., & de Sá Riechi, T. I. J. (2011). Avaliação e reabilitação neuropsicológica: desenvolvimento histórico e perspectivas atuais. *Interação em Psicologia*, 15.
- Hipólito, J. (2010). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa. Edual.
- Instituição (2021). O centro.

- Lara, R. G. (2021). Contribuições da Reabilitação Neuropsicológica em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 22(2), 268-275.
- Leça, S. C. C. D. (2014). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-terceira edição (Wais-III): estudo de validação numa amostra de vítimas de traumatismo crânio-encefálico, avaliadas em contexto médico-legal* (Master's thesis). Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/28429>.
- Marcotte, T. D., Scott, J. C., Kamat, R., & Heaton, R. K. (2010). *Neuropsychology and the prediction of everyday functioning*. The Guilford Press.
- Mehndiratta, P., Chapman Smith, S. & Worrall, BB Etiologic Stroke Subtypes: Updated Definition e Efficient Workup Strategies. *Opções atuais de tratamento Cardio Med* 17, 357 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11936-014-0357-7>
- Menezes, I. L., de Macedo Targino, M. L., Júnior, E. C. F., Verli, F. D., & Marinho, S. A. (2021). Sífilis Adquirida no Brasil: Análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). *Research, Society and Development*, 10(6), <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.11180>.
- Mograbi, D., Mograbi, G. & Landeira-Fernandez, J. (2014). Aspectos históricos da neuropsicologia e o problema mente-cerebro. In D., Fuentes, L., Malloy-Diniz, C., de Camargo & M., Cosenza. *Neuropsicologia-: Teoria e Prática*. (pp.19-29). Artmed Editora.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27, 537-544.
- Nunes, M. O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro—Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- Ordem dos Enfermeiros. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. 2016. [acessado 2023 set 28]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

- Paiva, T., & Ferraz, N. (2014). Estudo Sobre a Linguagem na Afasia Após um Acidente Vascular Cerebral. *Colóquio do Museu Pedagógico-ISSN 2175-5493*, 9(1), 1339-1344. <http://anais.uesb.br/index.php/cmp/article/viewFile/2603/2271>.
- Pinho, C. Q. R. D. (2020). Fenomenologia obsessivo-compulsiva no período perinatal: correlatos e fatores de risco (Master's thesis).
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGrawHill.
- Pretto, Z., Langaro, F., & Santos, G. B. (2009). Psicologia clínica existencialista na atenção básica à saúde: um relato de atuação. *Psicologia: ciência e profissão*, 29, 394-405.
- Reis, C., & Faro, A. (2019). Repercussões psicológicas após um acidente vascular cerebral (AVC): uma revisão de literatura. *Psic Saúde Doenças*, 20(1), 16-32.
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica*, 14, 589-599.
- Rogers, C. (2003). *Terapia Centrada no cliente*. Lisboa. Edual
- Sheppard, S. M., & Sebastian, R. (2021). Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert review of neurotherapeutics*, 21(2), 221-234. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1855976>
- Silva Pereira, R. M., Souza Selvati, F., Teixeira, L. G. F., Loureiro, L. H., de Castro, R. B. C., & Silva, L. R. (2020). Sífilis em homens: representação social sobre a infecção. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 463-476. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-035>.
- Silva, F. V. M., Oliveira, A. B. C., de Brito, C. B., de Sousa, F. D. S., Maia, E. M., da Silva, J. V. P., ... & de Brito Nunes, P. P. (2021). Qualidade de vida de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*, 19(69).
- Silvestre, F. M. M., & Entradas, C. A. C. N. (2023). Viver Com Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Uma Revisão Da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(6), 985-996.
- Sitta, É. I., Arakawa, A. M., Caldana, M. D. L., & Peres, S. H. D. C. S. (2010). A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Revista CEFAC*, 12, 1059-1066. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000086>.

- Smajlović, D. (2015). Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vascular health and risk management*, 157-164. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S53203>.
- Torres, A. R., & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23, 6-9.
- Wechsler, D. (1968). *Escala de inteligencia Wechsler para adultos*. New York: Psychological Corporation.
- World Health Organization. HIV and AIDS. [Internet]. 13 jul 2023. [acessado 2023 set 21]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- World Health Organization. Syphilis. [Internet]. 31 mai 2023. [acessado 2023 set 21]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>.

