# Introdução

A pertinência deste trabalho relaciona-se com duas grandes questões, a evolução da neuropsicologia, como uma das áreas da psicologia mais recentes e da qual faremos maior referência na revisão literária, mas também pela importante prestação dos psicólogos na bem conhecida psicologia da saúde, uma importante prestação que ganha maiores contornos em locais como os centros hospitalares, centros de saúde e restantes edificações públicas e privadas que integrem o planeamento da saúde dos seus utentes.

Como refere, Marks, Murray, Evans & Willig (2000), a psicologia da saúde passa pelo desenvolvimento e aplicação das técnicas psicológicas no âmbito da saúde, no apoio aos doentes e que se reflecte no planeamento e na aplicação dos cuidados de saúde aos mesmos. Ogden (2000), faz uma chamada de atenção à importância da consideração dos contextos sociais e culturais nos programas da psicologia da saúde, isto é, onde se pratica e onde a saúde e a doença ocorrem, uma vez que os discursos aplicados são diferentes conforme o estatuto económico do utente, bem como o seu género ou diversidade cultural.

Naturalmente que a psicologia da saúde vem reforçar uma das grandes orientações deste trabalho, a necessidade da multidisciplinaridade, sendo relevante para a manutenção da saúde e para a prevenção da doença e que deverá resultar, conforme Simon (1993), da unificação de esforços, no caso da psicologia, entre psicologia clínica, comunitária, social e psicobiológica, entre outras, mas que não se deverá restringir apenas à sua área, mas sim a todas as áreas convergentes no que diz respeito à saúde e à sua prevenção. Sem esquecer que a finalidade primeira da psicologia da saúde deverá ser a de compreender como melhorar o bem estar do utente e das comunidades através da intervenção psicológica.

Nesta perspectiva poderemos referir que a pertinência deste tipo de trabalho reside precisamente na representação da psicologia da saúde, reforçando que em qualquer tipo de doença, por mais que está se encontre identificada e estudada, os aspectos psicológicos de cada indivíduo serão variados perante factores individuais que não devem ser abordados por uma sistematização única, mas sim adaptada as limitações e conhecimentos do utente. Referindo também que em termos de recuperação e experienciação da doença poderemos encontrar, em cada pessoa, sinais oposto e que se coadunam com a sua própria história de vida.

A escolha do Centro Hospitalar de Lisboa Centro para local de estágio, nomeadamente, o Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço 12 de Neurocirurgia teve como principal objectivo a aprendizagem profissional e também, a promoção da importância da neuropsicologia em contexto hospitalar.

Efetivamos o acompanhamento da evolução de alguns doentes, com patologia da linguagem e limitações cognitivas associadas e que iniciámos em fase pré-operatória, assim como doentes com limitação iguais, mas adquiridas no pós-operatório. Os pacientes foram reencaminhados para nós a partir das consultas externas, portadores de patologia neurológica e que tivessem indicação cirúrgica.

Assumimos neste trabalho, um papel de empenhamento da construção de um caminho que em tudo liga a linguagem ao pensamento e consequentemente à neuropsicologia, sendo a linguagem umas das funções cognitivas mais complexas, mas sem nunca esquecer, que em primeiro lugar somos psicólogos e como tal, estaremos sempre do lado de quem necessita. Apoiar-nos-emos na visão humanista que nos tem acompanhado, desde o princípio desta tão grande caminhada do conhecimento e que de certo será para nós uma útil e eficaz ferramenta para atingirmos os nossos fins enquanto psicólogos.

Inserida nesta breve introdução tentamos debruçamo-nos na caracterização e contextualização do local de estágio, no intuito de demonstrar não só a importância histórica deste hospital, como também, mostrar toda a estrutura e funcionalidade de uma máquina gigantesca e com muitas áreas de trabalho.

Na primeira parte deste trabalho propusemo-nos a uma breve explicação das estruturas encefálicas mais importantes bem como a sua dominância funcional. Adequamos uns breves tópicos sobre a constituição celular e tentamos antes de tudo, apresentar as principais patologias e quadros clínicos na conjuntura funcional de algumas lesões encefálicas e para uma melhor percepção do trabalho de reabilitação propusemos uma parte desta fundamentação teórica as questões da plasticidade e da reserva cognitiva. Sendo um trabalho com uma forte vertente na neuropsicologia, foi da nossa intenção abordar um aspecto mais psicológico no subtítulo da neuropsicologia centrada na pessoa, tentando obviamente expressar a extraordinária importância do olhar específico que devemos dar a cada doente.

A segunda parte pretende apresentar alguns casos acompanhados por nós nos serviços de urgências, bem como no internamento deste mesmo serviço. Apresentamos apenas quatro das centenas de casos que surgiram, por intendermos que são os casos mais relevantes do ponto de vista do nosso estágio e dos domínios subjacentes, isto é, do ponto de vista da psicologia e da neuropsicologia.

A terceira parte é a efectivação deste trabalho, isto é, a apresentação dos dois casos que acompanhamos durante o nosso estágio. Este acompanhamento iniciou-se nas consultas externas do serviço de neurocirurgia, sendo que tivemos a oportunidade de uma primeira avaliação aos doentes antes da devida intervenção cirúrgica, sendo-nos possível também efectuar uma intervenção neuropsicológica no pós-operatório, bem como uma reavaliação após reabilitação.

Efectuamos uma breve discussão sobre os casos, focando principalmente os pontos que poderiam ter contribuído para uma reabilitação mais positiva, bem como a importância da multidisciplinaridade no acompanhamento de doentes com lesões encefálicas. redegimos também uma breve reflexão sobre o estágio e culminamos o trabalho com uma conclusão que pretende acima de tudo apresentar as interações e convergências dos aspectos teóricos com os nossos casos clínicos.

Relativamente ao local de estágio, o actual Centro Hospitalar de Lisboa Centro é constituído, entre outros hospitais, pelo Hospital Santo António dos Capuchos, que numa retrospectiva histórica, teve o seu início como o Convento, entregue aos Padres Recoletos da Custódia de Santo António. Segundo Leone (1993), este convento foi atingido pelo sismo de Lisboa, em 1755, acabando ficar parcialmente destruído. Foi reconstruído e em 1836, passou a ser sede do Asilo de Mendicidade de Lisboa.

O Hospital Santo António dos Capuchos foi durante séculos um anexo do Hospital de São José. Como refere Carvalho (1949), o São José, em 1825, foi sede da Real Escola de Cirurgia e mais tarde, em 1836, sede da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Em 1775, segundo Leone (1980), este hospital viria a conhecer o seu pior desfecho com o sismo de Lisboa.

Do Hospital de São José e anexos, actualmente, funciona o Hospital dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta, o Hospital D. Estefânia e o Hospital Curry Cabral, sendo que o Hospital dos Desterros foi em grande parte deslocado para os Capuchos e o Hospital dos Arroios definitivamente desactivado. A excepção do Hospital Curry Cabral, os ditos anexos do São José faz hoje parte do Centro Hospitalar de Lisboa Centro.

Segundo o relatório de contas (2009), apresentado pelo departamento de Recursos Humanos do Centro Hospitalar de Lisboa Central, este grupo conta mil cento e quarenta e cinco médicos. Estes profissionais fazem em média mais de trinta e oito horas semanais, nas mais de cinquenta especialidades de todo o grupo.

Entre todas as especialidades e segundo o mesmo relatório de contas (2009), no ano de 2008, foram efectuadas mais de vinte e sete mil cirurgias, onde 17% das mesmas foram no âmbito do Serviço de Urgências e 29% foram cirurgias programadas. Os encargos deste grupo hospitalar, em recursos humanos, foram praticamente de duzentos milhões de euros.

Segundo o Portal da Saúde (2011), da tutela do Ministério da Saúde, o Hospital Santo António dos Capuchos, é um organismo do Serviço Nacional de Saúde e está destinado às regiões de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo alguns Centros de Saúde da cidade de Lisboa.

De referir que o relatório de contas (2009), demonstra que a média de idades dos utentes que são recebidos neste Centro Hospitalar ronda, na sua grande maioria uma idade superior aos cinquenta anos e inferior aos setenta e cinco anos de idade. Em termos profissionais, mais de 46% são utentes reformados e 23% dos mesmos, são viúvos. Os utentes deste Centro Hospitalar com baixos rendimentos financeiros são mais de 30% e mais de 24% destes doentes são dependentes de outras pessoas para poderem efectuar as suas actividades diárias e em alguns casos até mesmo para poderem efectuar as suas actividades fisiológicas e de higiene pessoal.

No que diz respeito ao Serviço 12 de Neurocirurgia do Hospital Santo António dos Capuchos, cujo Director de Serviço de Neurocirurgia e Neurociências é o Dr. Maia Miguel, é composto por mais de cem profissionais, constituídos por vinte médicos, quarenta enfermeiros, vinte auxiliares, três administrativos e os restantes colaboradores que efectuam a parte da limpeza e desinfecção de todo serviço.

Neste serviço existe uma ala de utentes do sexo masculino e uma ala de utentes do sexo feminino, uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), dois consultórios e uma enfermaria. Desde o ano de 2009, que as cirurgias são efectuadas no Hospital de São José, devido a um incêndio neste espaço cirúrgico.

Em conformidade com as estatísticas do ano transacto, o Departamento de Estatística do Centro Hospitalar de Lisboa Centro (2010), refere que em termos de internamentos houve trinta e seis mil e cento e quarenta e cinco saídas, enquanto que os internamentos foram aos trezentos e vinte e seis mil oitocentos e dezasseis dias.

Quanto ao Hospital Santo António dos Capuchos, poderemos afirmar que foram efectuadas no total dois mil seiscentos e oitenta e quatro internamentos na neurocirurgia durante o ano de 2010, conforme o Departamento de Estatística do Centro Hospitalar de Lisboa Centro (2010) e cuja taxa de mortalidade foi de 0,75 %. Estes dados são dados de referência estatística e que por essa razão estão indicados a um erro que deverá ser inferior a 1,5%.

Assim, após está breve introdução estaremos então prontos para desenvolver todo o restante relatório, respeitando os dados que aqui apresentados estarão encadeados com a descrição do restante trabalho e que devem ser considerados como uma contextualização necessária para um melhor entendimentos dos aspectos descritos a seguir.

**I Parte**

**Revisão de Literatura**

## Neurociência, Neurocirurgia e Neuropsicologia

Antes de mais, deveremos referir que a Neurocirurgia é a especialidade cirúrgica correspondente a especialidade médica de Neurologia, isto é, insere-se na Neurocirurgia todas as patologias da prática da Neurologia, que tenham indicação cirúrgica. Sendo que a Neuropsicologia estuda a relação entre o funcionamento do cérebro e o comportamento humano, que pretende através da neuroplasticidade, devolver funcionalidades a doentes lesados.

São muitas e diversificadas as patologias neurológicas que podem estar associadas a alterações cognitivas em algum momento da evolução de uma patologia, sendo bastante importante a valorização dos relatos dos utentes, familiares ou acompanhantes, para que se possa efectuar um bom diagnóstico diferencial por parte do médico ou do psicólogo. De facto são tantas as patologias que tentamos resumir não só os factores principais e responsáveis pela lesão encefálicas, como tentamos agrupar basicamente todas as patologias que possam surgir ao doente em termos neurológicos, sendo que deveremos sempre salvaguardar as possíveis excepções.

Segundo Stemmer e Whitaker (2008), os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) podem ser caracterizados por Tromboses, Embolias ou Hemorragias, sendo que tanto os coágulos como as hemorragias podem causar quadros transitórios ou permanentes. Os mesmo autores referem que os traumatismos crânio-encefálicos, que podem ser abertos ou fechados sendo que os abertos podem ser mais severos pela destruição de tecido cerebral. Bickle, J. (2009), refere os tumores que podem causar quadros quer pela sua localização, quer pela compressão das estruturas adjacentes e são susceptíveis a quadros transitórios ou permanentes, dependendo do dano causado pela remoção da massa ou pela compressão feita pela mesma. Outros dois tipos de patologias possíveis são as infecções, tais como as meningites, as ancefalites e os obcessos cerebrais que surgem com quadros mais passageiros e que provavelmente são extintos com a extinção da infecção, como refere Boone e Plante (1994), e finalmente a demência que pode estar associada a afasias como à doença de alzheimer, podendo afectar várias formas de comunicação ao mesmo tempo, como referem os mesmos autores.

Embora a avaliação cognitiva seja parte integrante da semiológica neurológica, em alguns âmbitos, ainda é possível, que se faça testagem psicológica apenas a utentes com queixas muito específicas sobre as suas limitações. Conforme Baslet (2011), refere, em patologias como a epilepsia, a cefaleia, a doença de Parkinson e as patologias vasculares encefálicas, poderão também, estar presentes alterações cognitivas, embora os utentes com estas patologias raramente sejam submetidos à avaliação psicológica no início do diagnóstico, em qualquer que seja o quadro clínico que possamos determinar nesta área.

## 

## A Neuropsicologia uma Perspectiva Centrada Na Pessoa

O papel do Neuropsicólogo é abrangente e estende-se nas diversas formas de actuação, nomeadamente nas equipas multidisciplinares. De um determinado ponto devemos referir, que com efeito em contexto hospitalar o neuropsicólogo tem como principais funções: avaliar e reabilitar doentes neurológicos. Um ponto que poderá ser fundamental para uma evolução mais funcional, num doente com sequelas de um acontecimento encefálico ou de uma intervenção cirúrgica.

No entanto, é indispensável a pré-disposição do doente, isto é, que este queira e tenha vontade de assumir com empenho a sua própria reabilitação e que segundo Rogers (2004), essa vontade é inerente a natureza positiva do indivíduo e de cada ser humano, que possui potencialidades e uma natural capacidade de resolver quaisquer dificuldades só por si, desde que, psicólogo lhe proporcione as condições necessárias para tal.

O doente neurológico após tomar conhecimento das suas limitações, tende a ser não-aceitante, tende a desesperançar e muitas vezes tende a “baixar os braços” e abandonar a luta e nesse sentido teremos de ser sempre e de agir como psicólogos, que Segundo Brodley (1998), compreende-se que tenha de existir atitudes terapêuticas “ (…) a congruência, o olhar incondicional positivo, a compreensão empática – facilitam o desenvolvimento pessoal*.*” Tal como pensava e referia Rogers, quando o paciente se apercebia destas atitudes terapêuticas, era exactamente quando se iniciava o processo de mudança.

Segundo Richard (2001), cabe ao psicólogo ser um reforço para o paciente, no sentido que este se possa expressar, reformulando determinadas impressões, sensações, experiências, vivências ou conclusões que o próprio paciente atinja por sua conta. Desta forma, poderá o próprio paciente encontrar a esperança de uma recuperação apropriada aos danos, sem que crie tão pouco, objectivos cujas expectativas poderão ser simplesmente impossíveis de atingir.

Devemos seguir o doente com muita atenção e como afirmou Rogers (1986), sem traçarmos qualquer juízo de valor sobre o mesmo, promovendo sim, o despertar da sua condição humana de sobrevivência para que ganhe a força necessária para lutar: “No consenso geral, a noção de empowerment pode ser entendida com um duplo sentido, isto é, como o meio de capacitar a pessoa a desempenhar determinada tarefa (uma postura mais externa que atribui poder) ou como a faculdade que a pessoa tem ao seu dispor para potencializar os seus recursos internos no caminho da auto-realização (uma postura mais interna que conquista o poder)”(Nunes et al., 2010).

A neuropsicologia centrada na pessoa, não pretende ser mais uma forma de psicologia, mas pretende sim, ser uma forma de estar, onde o outro é importante e onde se tenta conquistar a sua tendência actualizante por via da relação.

## Noções Básicas da Microestrutura do Sistema Nervoso

O sistema nervoso (SN) é constituído por tecido celular ou neural e como todo o sistema, atribui a cada elemento um contributo específico para o seu funcionamento geral e normal, prevenindo assim, o seu funcionamento alterado. Segundo Changeux (1985), o SN permite-nos interagir com o ambiente, sendo que o cérebro, através das suas funções cognitivas: atenção, memória, linguagem, percepção e funções executivas, das quais falaremos mais adiante, faz a apreciação dos estímulos externos para poder preparar a resposta mais adequada.

O neurónio, como refere Damásio (2001), deverá ser a unidade essencial do SN, embora suportado pelas células gliares e pelas células de Schwann (produtora de mielina e existente apenas no sistema periférico). O neurónio é composto por três elementos, o núcleo celular responsável pela energia geradora do potencial de acção; o axónio, que funciona como veículo de informação até aos botões terminais onde passa a existir o potencial sináptico e os dendritos, receptores de informação. Assim, o neurónio é responsável por gerar impulsos eléctricos (impulsos nervosos) e através dos mesmos transmitir informação a outras células (neurónios), caso este processo seja interrompido ou alterado em algum ponto, tem como consequência a limitação ou inexistência de um determinado comportamento.

As células da glia têm um papel importante e muitas das vezes são os responsáveis por patologias. Como refere Kingsley (2001), estas células garantem a produção de mielina (oligodendrócitos, apenas no sistema nervoso central), substância que além de proteger os axónios promove um aumento na velocidade da passagem de informação por esta via; são responsáveis pela estabilização estrutural dos neurónios no líquido cefalorraquidiano (astrócitos) e têm ainda, um papel nutritivo, metabólico e de defesa imunitária (microglia).

No processo de comunicação neuronal temos dois tipos de potenciais, conforme Goldberg (2001), os potenciais neuronais que se produzem na célula, quando a célula está a ou não a transmitir informação e os potenciais sinápticos, que acontece quando a célula gera a transmissão de informação. Para haver impulso nervoso é necessário que o neurónio esteja em repouso (potencial de repouso) para que a partir de uma alteração do potencial eléctrico inicie o seu potencial de acção. O potencial, no nosso caso, é uma concentração diferente de cargas entre dois pontos, nomeadamente um ponto interior e um ponto exterior da membrana celular.

O potencial de acção é gerado a partir do interior do núcleo da célula, como tal, as proteínas dão origem aos canais iónicos que determinam a passagem ou a inibição de um determinado impulso nervoso. Manning (2005), afirma que o processo contempla a difusão activa ou passiva das substâncias (potássio, cloro, sódio e outros iões negativos) existentes no núcleo celular. A oscilação destas substâncias, em qualidade e quantidade, dentro e fora da membrana celular, garantem o potencial de acção ou o de repouso do neurónio, sendo que o potencial de acção uma vez gerado, gera um outro potencial de acção exactamente igual nessa mesma membrana deslocando-se pelo axónio até chegar aos botões terminais desse neurónio.

O processo de comunicação, segundo Bear, Connors e Paradisio (2007), estabelece-se quando o potencial de acção chaga ao botão terminal e o neurotransmissor é activado, o impulso nervoso passa assim para as dendrites do neurónio seguinte e de forma sucessiva a informação atravessa a rede neuronal até chegar ao seu destino. Este processo depende do fenómeno sináptico que é a passagem de informação de um neurónio para o outro, através dos diferentes neurotransmissores. Os neurotransmissores atravessam a fenda sináptica, um pequeno espaço entre os neurónios que foi proposto por Ramon e Cajal (1906).

Toda está ideia de conhecimento sobre as redes neuronais e a sua funcionalidade pode levar a pensar que em algumas situações os fármacos poderiam ser bastante mais eficazes, abreviando a terapêutica no tempo e no âmbito económico, mas o facto é que algumas coisas nem sempre funcionam assim. Um dos grandes problemas do tratamento de determinados quadros depressivos advém da dificuldade de ultrapassar a barreira hemato-encefálica. Fármacos para a depressão, por exemplo, nem sempre se adaptam à primeira, pois, segundo Kandel, Schwartz e Jessell (1995), o cérebro está protegido da penetração de determinadas substâncias, basicamente todas à excepção do oxigénio, da glucose e daquilo que o cérebro considere necessário através da dita barreira hemato-encefálica, um filtro que recorre a todos os vasos sanguíneos que transportam nutrientes para o tecido cerebral, bem como o oxigénio e que é selectivo quanto a passagem ou não dos mesmos.

Existem neurotransmissores excitadores e inibidores, conforme Gil (2004), que o neurónio recebe ao mesmo tempo e que irá definir a passagem de informação para o neurónio seguinte, ou não, dependendo da maior ou menor quantidade do tipo de neurotransmissor recebido. Os neurotransmissores estão envolvidos nas nossas funções motoras, sensoriais e cognitivas, o que implica uma importância relevante nos nossos comportamentos, uma vez que se a produção de determinado neurotransmissor estiver alterada a sua função também estará alterada.

Brevemente apresentaremos alguns neurotransmissores que são fundamentais nas funções mais quotidianas do nosso organismo. Conforme Habib (2002), a acetilcolina está na base dos movimentos (voluntário ou involuntário), memória e aprendizagem a curto prazo. Responsável pela doença de Alzheimer quando a sua produção é deficitária. A dopamina, que segundo o mesmo autor da regulação da actividade muscular, emocional, aprendizagem e da atenção, a sua produção deficitária origina Parkinson e quadros depressivos e quando em excesso é responsável pela esquizofrenia. Segundo MacKay (1999), a seretonina que regula o sono, comer, relaxamento e a própria regulação da dor pode criar no ser a ansiedade, obsessões, compulsões ou insónias, no caso da sua produção ser baixa e provocar sonolência, desmotivação e quadros depressivos, quando a sua produção é elevada. A Noradrenalina, conforme Gil (2004), controla os estados de alerta de vigília, gerando desmotivação, sonolência, susceptibilidade a dores de cabeça quando a sua produção é insuficiente e ansiedade, quando pelo contrário a sua produção é excessiva.

Existem muitos outros neurotransmissores responsáveis por funções que fazem também parte do nosso dia a dia, no caso da dor, por exemplo, temos a Substância P, que segundo Simonnaux e Ribelayga (2003), gere a sensibilidade à dor, sendo que quando está em falta inibe a dor e quando está em excesso gera dor com muita intensidade, enquanto as endorfinas, segundo o mesmo autor, que inibem a transmissão sináptica principalmente da dor promovendo pouca resistência à dor e perturbações no sistema imunitário e o seu excesso também inibe a dor. Conforme Habib (2002), poderemos referir o gaba, cuja função é gerar a inibição da actividade do cérebro, causando ansiedade e epilepsia no caso deficitário e desmotivação e quadro depressivo, no caso do excesso. Ainda segundo o mesmo autor outros dois neurotransmissores, o glutamato, responsável pela memória e aprendizagem, cuja falta provoca a morte dos neurónios e cujo excesso implica patologias como a doença de Lou Gherig (ALS) ou a epilepsia e finalmente a melatonina, responsável pela regulação do sono, que quando está em falta gera a insónia e quando está em excesso gera a falta de concentração e arritmia cardíaca.

Na verdade, e segundo Caldas (2000), para que tal informação seja válida e articulada com o nosso comportamento, ou pelo menos com alguns comportamentos, as redes neuronais estruturam-se em redes neuroanatómicas. Estas estruturas (cerebelo, tronco encefálico, diencéfalo e telencéfalo) estão envolvidas em determinadas funções e assim influenciam e adequam o nosso comportamento conforme as informações do meio, assim como referimos inicialmente neste ponto.

## Processos de Avaliação e História Clínica

Antes de mais, pareceu-nos interessante iniciar este ponto com uma sugestão muito concreta nos processos de avaliação. Quando avaliamos um doente estamos a avalia-lo apenas naquele preciso momento, mesmo que com alguma margem de predição, aquela avaliação refere-se apenas a aquele momento. Basta por vezes planear uma única vez a ideia de mundo para que este já não seja o mesmo, como refere Punset (2010), assim como acontece ao indivíduo, no ambiente tudo está em constante movimento. Por vezes poderemos criar a ilusão de inércia quando por exemplo contemplamos uma passagem natural que nos desperte a calma e a serenidade, mas está longe da verdade pensarmos que esta paisagem possa ser imperturbável ou estática.

O diagnóstico nos dias de hoje obedece a três grandes patamares da avaliação. Dois destes patamares são recorrentes em qualquer psicólogo e existem desde sempre, por um lado as baterias de testes psicométricos, que segundo Cunha (2000), nos permitem aceder a um valor quantitativo do paciente, um recurso importante para o psicólogo, mas que constitui apenas mais uma das técnicas possíveis de avaliação ao dispor do mesmo e a História Clínica, que se prende não só com a informação possível a respeito do doente e dos familiares, mas também com toda a observação que o psicólogo efectua nas diversas sessões necessárias para efectua-la e durante a própria testagem.

Conforme refere o mesmo autor, Cunha (2000), deve existir uma grande preocupação a quando da escolha dos testes. O primeiro passo deverá passar pela efectivação da História Clínica. Ao longo de algumas sessões e sem que pareça um interrogatório deveremos colher o máximo de informação possível acerca do doente e dos seus familiares, ao mesmo tempo que observamos o seu estado de espírito, a sua agitação ou calma quando fala de si ou de outros, as suas reacções e expressões quando descreve casualidades ou fala sobre a sua vida profissional ou social. Em função desta história clínica, o psicólogo, deverá preparar uma bateria de testes, a mais adequada para o paciente que acompanhou ao longo das sessões que lhe serviu para recolher os seus dados.

A testagem pretende ser uma via de confirmação, isto é, quando completamos a história clínica e precisamos de confirmar a nossa observação, passamos à testagem. Na história clínica, conforme Caldas (2000), além de todos os dados descritos pelo paciente deverão incluir outros que são passados pelos familiares e muitas vezes nesta altura tomamos conhecimento do processo médico do doente. Toda esta informação é articulada com aquilo que observamos a fim de reconhecer o diagnóstico, no entanto, poderemos também proceder à visualização da imagiologia do doente, quando estes exames acompanham o seu processo.

A evolução na neuroimagem tem sido uma mais valia para o diagnostico diferencial dos doentes, principalmente no que toca a ressonância magnética funcional que nos apresenta as áreas em funcionamento enquanto o paciente é submetido a estímulos nas áreas que pretendemos ver se estão lesadas ou não. Segundo Fletcher e Henson (2001), tais tecnologias permitem estabelecer relações anatómicas de processos complexos, apresentando a relação das áreas com as estratégias cognitivas, assim como, estabelecer relações funcionais entre diferentes regiões cerebrais. A neuroimagem permite ainda melhorar o conhecimento das relações entre anatomia, fisiologia e funcionalidade.

A neuroimagem, como refere Kingsley (2001), está dividida em vários aspectos, neuroimagem morfológica como por exemplo a Ressonância Magnética (RM) ou a tomografia axial computadorizada (TAC) ou a neuroimagem funcional, sendo que a primeira está dedicada à imagem de determinado sector para uma visão estática do mesmo, enquanto a funcional está adequada para verificar, no mesmo sector, a função em determinado momento sob determinado estímulo. Assim, poderemos dizer que a neuroimagem poderá estar também, dividida no espaço, quando a imagem respeita a morfologia e a funcionalidade simultaneamente ou poderemos falar em tempo, quando a imagem está associada a uma função temporal, como por exemplo no Electroencéfalograma (EEG). A neuroimagem tende para uma convergência, que seria quase perfeita, de relações entre espaço e tempo, podendo verificar um espaço morfológico associado à sua função e ao longo do tempo.

Para finalizar este ponto é crucial que se entenda que em todas as avaliações efectuadas a doentes com limitações ou alterações neurológicas deverá sempre testar-se a depressão, como afirma Punset (2010), é uma patologia que só afecta seres que tenham a capacidade de pensar em si próprios. O facto de o indivíduo conhecer melhor o mundo e as suas capacidades faz com que se conheça melhor e quanto mais o indivíduo se vai conhecendo maior poderá ser a probabilidade de que possa não gostar de algumas coisas. Neste tipo de doentes é muito comum a rejeição, a frustração, a inadaptação as suas limitações funcionais, bem como por vezes, criam demasiadas expectativas quanto a sua recuperação, podendo leva-los a estados depressivos. Estes estados depressivos são importantes que sejam detectados, pois poderão não só influenciar toda a testagem, como poderão também, limitar a eficácia de qualquer terapêutica aplicada ao paciente.

## Neuroanatomia Funcional e outras Estruturas Funcionais

Como refere Punset (2010) o cérebro é absolutamente dinâmico. Abunda a plasticidade e a capacidade de articular as experiências individuais de cada indivíduo recorrendo à memória e à interelação de conceitos, a partir do desenvolvimento das ramificações dendríticas dos neurónios. Desta forma, este cérebro poderá tomar decisões que objectivam o êxito produtivo do ser. Este mesmo cérebro que gere a mente gere também, a infinidade de sentimentos que constantemente processamos e que dizem respeito à nossa interacção com o ambiente e que consequentemente são produzidos nas estruturas neuronais do nosso encéfalo.

A ideia é reforçada por muitos autores, entre os quais o conhecido psicólogo bielorrusso Liev Viegotsky e um dos seus mais fiéis seguidores, o neuropsicólogo soviético Alexander Luria. Hoje, poderemos referir Damásio (2001), que afirma que muitos dados da investigação científica têm sido indispensáveis para fundamentar a teoria da neurociência cognitiva, onde se entende que toda a função mental resulta da contribuição de muitas regiões cerebrais, em diversos patamares do sistema nervoso central, e não, como algumas teorias se manifestaram, pelo funcionamento de uma só região cerebral concebida à maneira de um centro frenológico.

Por um lado temos uma primeira divisão anatómica com importância funcional, os hemisférios, dois hemisférios, o hemisfério direito, como refere Gabarre (2009) que está altamente relacionado com funções da emoção, humor, subjectividade, mais holístico, intuitivo e que sobretudo funciona sobre o ser interior e a parte mais privada deste mesmo ser; e o hemisfério esquerdo que geralmente é o dominante e que possui as áreas da linguagem (área de Broca e área de Wernicke), é um hemisfério verbal, lógico, analítico, objectivo, linear e que funciona sobre o ser mais exterior, profissional e social.

Uma outra parte fundamental dos aspectos funcionais do encéfalo, são os Lobos cerebrais e o cerebelo. Na região encefálica do Lobo Frontal podemos encontrar duas grandes áreas, o córtex pré-frontal que em termos funcionais é responsável pela regulação e inibição de comportamentos, pelo planeamento (estratégias), as intenções e o pensamento abstracto e criativo (negociação e debate), análise lógica (inibir respostas inadequadas), memória. Aprendizagem e atenção (capacidade de iniciar, manter, inibir e desviar a atenção), conforme refere Eslinger e Damásio (1985), enquanto Bosa (2011), identificou algumas das limitações e patologias desta área como limitações na atenção, concentração, motivação, maior impulsividade e agressividade, desinibição, dificuldades em reconhecer a culpa, avaliação das consequências, acções praticadas e aprendizagem com a experiência.

Outra grande área do frontal é a motora, dividida em córtex motor primário e secundário. Segundo Marsden (2007), esta área tem como funcionalidade o movimentos das mãos, da face e motricidade da fala (área de Broca) e o movimento conjugado dos olhos e cujas limitações podem estar na ordem da parésia do olhar, das apraxias, da paralisia dos movimentos conjugados (cabeça e olhos)

O lobo parietal está dividida em três partes conforme Bosa (2001), pelo Córtex somato-sensitivo (Recepção ou projecção primária para as diferentes sensibilidades), pela área Somestésico-psíquica (Elaboração das sensações brutas) e pela área tactognosica (zona de reconhecimento dos objectos pelo tacto e partilha de parte da área de Wernicke). Segundo o mesmo autor as funcionalidades destas áreas estão circunscritas a percepção e/ou sensação de dor, tacto, paladar, temperatura e pressão, estão relacionadas com a lógica e/ou matemática e são extremamente relevante na corporalidade e a sensação do corpo, bem como para a linguagem. Da mesma forma que está área é vasta em termos de funcionalidades também o é quanto a disfunções e patologias, conforme Brandt (1990), poderemos encontrar no parietal, alterações sensitivas subjectivas (Parestesias), sensitivas objectivas (Hipostesia, Anestesia), sensoriais (Vestibulares, paladar, visão e oculo-motoras), de esquema corporal (Hemiasomatognosia, Anosognosia, Anosodiaforia, Agnosia digital, Autotopognosia). práxicas (Apraxias ideomotora bilateral, Ideativa, Construtiva, do Vestir) e de linguagem (Afasia de Wernicke, puras ou dissociadas, Agrafia, Alexia).

Lobo temporal representa uma grande área, dividida em duas partes. Por um lado a parte auditiva, composta pelo córtex auditivo primário e córtex auditivo secundário, que como indica Sacks (1996), refere ao cruzamento da informação auditiva para ambos hemisférios. Caldas (2000), indica também os processos de aprendizagem e memória, compreensão da linguagem (área de Wernicke) e colector dos estímulos auditivos. Cujas patologias, segundo o mesmo autor podem delinear-se pela amusia, agnosia para os sons, agnosia verbal, predomínio do ouvido esquerdo (ligado ao hemisfério direito) no síndrome de down, no autismo e nas dificuldades de aprendizagem. Por outro lado a área do sistema vestibular, que compreende as funções do equilíbrio (visão, vestíbulo e propriocepção), reflexos posturais e movimentos oculares, percepção do movimento e controle postural e que em termos de patologia, segundo MacKay (1999), pode surgir o Síndrome vertiginoso de origem periférica (Menière, Neurinoma do acústico, Imeuronite vestibular, Vertigem posicional paroxística benigna) e Síndrome vertiginoso de origem central.

O último dos lobos, é o lobo occipital, composto pela área visual primária e pela área visual associativa, conforme Bosa (2001), em termos funcionais, da visão, faz a integração, interpretação, memorização e distribuição da informação visual. Em termos patológicos, como refere o mesmo autor, podemos verificar o síndrome de Balint, cegueira cortical (Anton), prosopagnosia e agnosia visual.

Para finalizar, podemos referir o cerebelo. As suas funcionalidades, conforme MacKay (1999) efectuam a coordenação dos movimentos voluntários, adequação do tonos e da força muscular, medida e ajuste temporal (simétricos ou simultâneos), perícia em movimentos opostos, alternados e sucessivos, ataxias, distonia (hipotonia e hipertonia), disergia (hipoergia e hiperergia), dismetria (hipometria e hipermetria), discronia e A-diadococinesa.

Existem outras estruturas importantes em termos que estão inseridas no encéfalo. Conforme Habib (2002), poderemos falar de estruturas como a amígdala que nos conduzem os movimentos automáticos e comportamentos agressivos ou de indiferença, experiências comportamentais de prazer, raiva, sexualidade e medo; o tálamo, que funciona principalmente como estação reorganizadora de estímulos recebidos do tronco cerebral e a hipófise, que além de ser uma importante produtora de hormonas que intervêm no crescimento e desenvolvimento do organismo, assegura também, a reprodução.

A formação reticular é uma outra estrutura muito falada, conforme Damásio (2001), a sua função principal é activar o córtex cerebral. No entanto, é responsável pelo Ciclo despertar/sono (consciência e de vigília) e faz ainda a triagem de estímulos sensoriais relevantes e irrelevantes e os núcleos da base, que segundo Vallone, Picetti, e Borrelli (2000), participantes em diversas actividades que dependem da plasticidade cerebral: aprendizagem, realização de movimentos voluntários, de maior habilidade e sintetização de neurotransmissores como a dopamina, o glutamato ou o GABA.

O Lobo da ínsula, por muitos considerado, o quinto lobo encefálico e segundo Engel, Williamson, e Wieser (1997), a sua função passa por manter relações com a linguagem, funções neurovegetativas e com o córtex motor suplementar, sendo responsável pela monitorização permanente do estado funcional do corpo, emoções e mantém a continuidade de situações prazerosas e desprazerosas; e finalmente, embora existam outras estruturas, o Tronco Cerebral que tem uma intervenção motora e sensitiva do segmento cefálico, participando na motricidade e nos estados de consciência e de vigília.

De facto os aspectos funcionais do cérebro são muito vastos, segundo Punset (2009) temos uma diversidade de circuitos que operam em função das nossas necessidades vitais, no caso do funcionamento do nosso coração, sistema respiratório e do aparelho digestivo, por exemplo. Um destes circuitos é o sistema nervoso autónomo (SNA) que regula ainda, a secreção maior ou menor da saliva na boca, a dilatação ou contracção das pupilas, no entanto o autor salienta que uma das maravilhas do nosso sistema é a própria consciência que de facto não tem necessidade de prestar atenção a alguns factores da nossa funcionalidade em termos cerebrais.

A consciência é com efeito, como refere Damásio (2001) a chave de um conhecimento mais rigoroso sobre o próprio ser, permite que tenhamos mais conhecimento sobre a fome, a sede, o sexo, as lágrimas, o riso, enfim, sobre o fluxo de imagens a qual chamamos de pensamento, que projectam em nós os sentimentos, as palavras, as histórias, as crenças, a mística, a ética, a música, o teatro, a poesia, a felicidade. A consciência no seu plano mais básico e fundamental permite ao ser humano reconhecer os seus impulsos para a conservação da vida e para o desenvolvimento de si, enquanto a consciência num plano mais complexo leva-nos a um patamar mais elaborado que nos ajuda a desenvolver a empatia.

## Funções e Processos Cognitivos

O reconhecimento das funções superioras ou funções cognitivas são extremamente importantes, uma vez que quer na testagem, como na intervenção neuropsicológica serão essas funções ou os seus processos que iremos avaliar e depois estimular. Uma das mais importanastes funções é a atenção que segundo Sternberg (2008), apresenta-se como um processo de focagem, por interesse ou necessidade, de um estímulo em detrimento de outros, uma vez que processamos activamente uma quantidade limitada de informação que poderá estar presente em determinado momento. Nesta perspectiva a função da atenção divide-se principalmente em 4 grandes áreas: atenção selectiva que nos permite seleccionar o estímulo mais importante; a vigilância, através da qual detectamos os estímulos; a sondagem, que nos permite procurar estímulos particulares e a atenção dividida, que nos permite interagir com mais de um estímulo simultaneamente.

A percepção é outra das funções cognitivas mais faladas, é o conjunto de processos através dos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos exteriores (ambientais). Segundo Goldberg (2001) a informação sensitiva é dada através dos nossos 5 sentidos: visão, audição, olfacto, paladar e tacto e depois processado pela nossa cognição. Embora existam várias teorias, Sternberg (2009) fala-nos sobre a percepção construtiva, onde toda a informação recebida pelo nosso organismo é associada com as nossas experiências vivenciais, expectativas e conhecimento, o que nos permite ir construindo hipóteses sobre a adequação da resposta ao ambiente em função do que sentimos, do que sabemos e do que somos capazes de perceber.

A memória é uma função cognitiva muito vasta e que aqui tentaremos reforçar apenas as ideias principais. Como refere Nunes (2008), existem três sub-processos desta função, a codificação, o armazenamento e a recuperação, sendo que existem variadíssimas teorias para explicar o processo funcional, fisiológico e anatómico desta função. No entanto sabemos que em qualquer uma delas a memória é um processo de conexões que se regula por diferentes tipos de memórias alojadas em diferentes estruturas encefálicas. A memória está dividida em dois grandes campos, que nos permite verbalizar factos e pode ser classificada por outros três tipos de sub-memórias: a memória imediata que nos permite memorizar pouco mais que um nome ou número de telefone, a memória de curto prazo, que gere elemento já em consolidação, é uma memória capaz de recordar informação muito recente e a memória de longo prazo, onde se armazena as memórias de anos de vida. O outro grande campo da memória é a memória de procedimento que se identifica mais com processos como andar de bicicleta ou tocar um instrumento.

As funções executivas, a parte de orientação e outros processos, conforme Bickle (2009), refere que são as capacidades mentais necessárias para que determinado indivíduo possa formular objectivos, planear situações, estabelecer tomas de decisão, resolução de problemas, regulação da inteligência emocional e de alguma forma, gerir todas as outras funções cognitivas do ponto de vista da sua articulação. A função executiva desempenha o seu trabalho principalmente no córtex pré-frontal do lobo frontal. Em alguns casos pode ser mesmo confundida com outra função cognitiva, conforme nos refere Gazzaniga, Ivry e Mangun (2002), existem casos de limitação da memória que não se encontram na unidade anatofisiológica do armazenamentos, mas sim na limitação das funções executivas, sendo que em testagem e em reabilitação seria fundamental conhecer a verdadeira fonte desta limitação da memória.

A linguagem é sem dúvida a mais complexa função cognitiva tendo um papel fundamental na relação do homem com o ambiente. A linguagem procede à organização de símbolos de forma a poder ser utilizado como meio de comunicação. A linguagem não é apenas a verbalização de palavras como refere Stemmer e Whitaker (2008), são gestos, a escrita, as expressões, tudo aquilo que de alguma forma possa fazer com que os indivíduos possam comunicar.

Como refere Punset (2009), a linguagem desempenhou desde sempre o trabalho de civilizar, graças à sua capacidade eficaz nos comportamentos de cada indivíduo, mas acima de tudo, pela importância da interpretação humana que nos deu a ferramenta essencial na construção de uma sociedade. A linguagem está baseada num código arbitrário, semântico se assim preferirmos, onde não tem de existir relação necessária ou obrigatória entre as palavras verbalizadas e aquilo que se quer realmente dizer. A linguagem é algo tão incrível como o próprio poder da invenção, que se mantém e que tendem a uma evolução constante.

Algumas outras limitações ou patologias podem surgir de forma reservada. No caso de não surgirem por lesão directa nas áreas relacionadas com a sua funcionalidade, distinguem-se por exemplo, as lesões centrais, das lesões periféricas. “O paradoxo de uma doença que se pode apresentar sob a forma de um estado saudável – uma sensação óptima de saúde e bem-estar que só mais tarde revela o seu potencial maligno – é um mundo de quimeras, truques e ironias da natureza” (Sacks, 1985).

## Neuroplasticidade – Estimulação e Reservas Cognitivas

Mais importante do que falar nas patologias possíveis é entender que a ramificação dendrítica está associada as capacidades funcionais do indivíduo. Qualquer comportamento ou função dependerá de várias redes neuronais, como afirma Habib (2002), e estas redes serão mais precisas se estiverem munidas de um maior número de contactos sinápticos. No núcleo celular do neurónio encontra-se o genoma (código genético), onde se determina se o neurónio terá uma estrutura unipolar, bipolar ou multipolar, no entanto não consta no código genético a capacidade quantitativa da ramificação dos dendritos, esta capacidade está confinada unicamente ao ambiente.

Naturalmente que esta afirmação leva-nos à evidência da adaptabilidade do ser humano que, conforme a estimulação do ambiente, promove o desenvolvimento das capacidades que mais se adequam as suas necessidades. Assim, o mesmo autor, Caldas (2000) afere que essa capacidade ou plasticidade cerebral estará directamente relacionada com a plasticidade funcional, podendo o indivíduo modificar as suas capacidades, sempre e quando a estimulação cognitiva (natural ou aplicada) desenvolva os seus contactos sinápticos referentes a uma determinada função.

A neuroplasticidade ocorre ao longo da vida, como refere Fonseca (2005), uma vez que desenvolver contactos sinápticos é adaptar-se e também aprender. A capacidade dos dendritos em se ramificarem é tanto menor quanto maior for a idade do indivíduo, mas não é um processo linear. Posso pensar que hoje sei mais do que aquilo que sabia há dez anos a trás, mesmo tendo consciência que todos os dias perdemos neurónios. As perdas neuronais são compensadas por novos contactos sinápticos nos neurónios que estão activos, graças à estimulação do ambiente. Claro que nos casos de pessoas mais idosas prevalecerá o princípio da reserva cognitiva, um construto que se define pela capacidade de activação progressiva de redes neuronais em resposta a necessidades crescentes e que geralmente está relacionada a uma boa educação e uma aprendizagem sistemática ao longo dos anos.

Precisamente a partir do conceito de neuroplasticidade solidificam-se as bases da reabilitação neuropsicológica. MacKay (1999) apresenta a ideia de reabilitação como pretensão de promover novos contactos sinápticos ou reorganizar redes neuronais, para que determinada rede neuronal possa acolher uma nova função que dependerá de uma outra rede neuronal parcial ou totalmente destruída (após acidente encefálico ou consequência de um pós-operatório). Relembremos que esta reestruturação ou reorganização depende apenas da estimulação do ambiente e por essa razão um indivíduo com determinada lesão, poderá recuperar algumas ou parte das funções que possa ter perdido a partir de um programa específico de reabilitação.

O processo de reabilitação cognitiva ou neuropsicológica é um processo multifactorial e por essa razão depende de uma diversidade considerável de factores. A idade é naturalmente um factor importante, como afirma Kingsley (2001), assim como a cultura ou a sua vida social até à data de reabilitação, mas efectivamente existem três grandes factores de importância para uma reabilitação com sucesso. Em primeiro lugar é fundamental o bom diagnóstico, do qual falaremos mais adiante; em segundo lugar a elaboração correcta de um plano de reabilitação, a respectiva monitorização e uma avaliação progressiva para que seja possível alterá-lo e corrigí-lo em função das necessidades e da evolução do indivíduo a reabilitar, e finalmente, o mais importante, a motivação do indivíduo a reabilitar, que falaremos também mais adiante.

Se estivermos a falar de um cérebro alterado ou patológico, como afirma Fonseca (2005), é porque estamos perante um cérebro com uma área disfuncional e para que essa área retome a sua funcionalidade ou parte dela, teremos de efectuar uma reorganização neuronal, teremos de estimular, teremos de ensinar, em suma, teremos de reabilitar. O processo exige além de um bom diagnóstico, um conhecimento pleno das áreas a reabilitar, como sabemos, um possível estado de perda de memória pode não ter como base a limitação das áreas de armazenamento da memória, mas por exemplo, uma limitação das funções executivas, exigindo um diagnóstico diferencial, para uma reabilitação precisa.

## Linguagem e Patologias Associadas

A lateralidade cerebral, como referem Springer e Deutsch (1989), é de facto importante nas questões de reabilitação, no entanto a questão acaba sempre por estar em como definir essa mesma lateralidade, se baseada na habilidade ou se baseada na preferência. De uma forma ou de outra, tende-se a identificar a lateralidade pelas actividades da escrita, do desenho, do arremesso de um objecto ou pela utilização de alguns utensílios do nosso dia-a-dia. Na linguagem, a lateralidade é fundamental para a avaliação, mas fundamentalmente para a reabilitação, pois como veremos as patologias poderão variar de hemisférios, sendo que a lateralidade por vezes poderá ser diferente, dando ao hemisfério direito um papel mais activo para a linguagem, embora sejam casos bastante raros.

Passemos aos modelos da linguagem, falaremos apenas do conhecido modelo de Wernicke-Lichtheim, que acabou por ficar concluído em 1969, por Geschwind, que está na base do exame da linguagem. Manning (2005), confere que o modelo de Geschwind, promove uma abordagem mais útil, em relação aos dois principais pólos da linguagem, o pólo expressivo, que assenta nas regiões frontais esquerdas e ligadas ao pólo anterior e o receptivo, ligado ao pólo posterior e de localização efectiva no lobo temporal esquerdo. De referir que o pólo anterior está, intimamente, ligado à programação e produção linguística, sendo que o pólo posterior está ligado a novas informações consolidadas ou a informações armazenadas anteriormente. Existem naturalmente outros modelos como por exemplo o de António e Hanna Damásio, mas que não serão referidos neste trabalho.

Para consolidar os modelos e entender mais claramente as patologias da linguagem, falamos, ainda que de uma forma sintética, sobre as funções do cérebro e a sua importância para percebermos principalmente as limitações que o doente poderá adquirir após uma intervenção cirúrgica. Essencialmente, nos casos de malformação congénita, em conformidade com Habib (2002), quando é retirada a massa anormal que se desenvolveu no cérebro, acaba por promover uma ou outra limitação em termos cognitivos, que deverá ser corrigida de imediato, através dos planos de reabilitação.

Considerando as múltiplas limitações ou lesões que poderão ser consequência directa de uma patologia ou de uma intervenção cirúrgica, como as agnosias visuais, perturbações viso-construtivas, perturbação do acto motor voluntário ou involuntário, entre muitas outras possíveis ou conjugações possíveis de limitações por lesões em diferentes áreas do cérebro, como refere Caldas (2000), iremos assim, efectuar uma caracterização de todas as problemáticas que poderão ser adquiridas, mas que estejam, directamente, ligadas aos défices ou limitações consequentes na linguagem, limitando ao doente, o seu maior veículo de comunicação.

No que diz respeito as perturbações da linguagem oral iremos iniciar com uma abordagem à afasia, por ser a perturbação adquirida mais frequente, na sequência de uma lesão cerebral. Podemos encontrar oito tipos de afasias: Afasia de Broca, cuja região acometida é o lobo frontal inferior, segundo Delgarrondo (2003), esta perturbação da linguagem apresenta-se como não fluente, mantendo assim a nomeação limitada, a compreensão intacta e a repetição comprometida e pode estar associada a quadros de hemiparesia direita e depressão.

Na Afasia de Wernike, conforme Kandel, Schwartz e Jessell (2003), a fluência e nomeação são fluentes, a compreensão e a repetição estão comprometidas, sugerem um quadro clínico associado de ausência de sinais motores, ansiedade, agitação e euforia e a região acometida desta afasia é o lobo temporal superior esquerdo. A afasia Global, como refere Habib (2002), o discurso é não fluente e a nomeação limitada, a compreensão e a repetição estão comprometidas. Sugere um quadro associado de hemiplegia à direito e a sua localização converge nas áreas de Broca e Wernicke. O mesmo autor refere que na afasia de condução o discurso é fluente e a nomeação e compreensão estão intactas enquanto a repetição está comprometida. A sua localização está descrita no fascículo arqueado e frequentemente não sugere quadro clínico associado. A afasia talâmica, segundo Kandel, Schwartz e Jessell (2003), tem um discurso fluente e a sua nomeação e repetição estão intactas, enquanto a compreensão está comprometida. Sugere quadros associados de mutismo, disartria grave e hemiparesia e a sua região a cometida é o tálamo. A afasia anómica, como referencia Gil (2004), apresenta o discurso, a nomeação, repetição e compreensão sem qualquer limitação, no entanto, o quadro associado varia entre a acalculia, a desorientação de um dos lados, a agrafia, a agnose e essencialmente na dificuldade de encontrar a palavra exacta, é uma lesão predominante do lobo temporal anterior (Giro).

Finalmente as afasias transcorticais, que segundo Delgarrondo (2000), na motora o doente apresenta um discurso não fluente e uma nomeação limitada, enquanto a compreensão e a repetição estão intactas, surge acompanhada de um quadro de fraqueza do lado direito e dificuldade em iniciar a conversa e sugere lesões no âmbito do Frontal medial ou área superiora de Broca. Segundo o mesmo autor, na afasia transcortical sensorial, o discurso e a nomeação não são fluentes, a compreensão está comprometida e apenas a repetição está intacta. Sugere quadro clínico de ausência de sinais motores e ecolália e a lesão que provoca este tipo de afasia esta acometida ao giro angular. Finalmente a transcortical mista, com discurso e nomeação não fluentes, compreensão comprometida e repetição intacta. Apresenta um quadro similar à afasia sensorial, no entanto a rgião lesada deste tipo de afasia está descrita nas regiões motoras e sensoriais, descritas nas anteriores afasias transcorticais.

Assim, teremos de referir outras duas perturbações de extrema importância, a disartria e a apraxia. A diferença entre estes dois casos e as afasias destaca-se no facto de as afasias serem integrantes de um quadro clínico de sintomas e por se apresentarem como uma alteração de vários aspectos na comunicação do doente. As perturbações não afásicas, como o caso da disartria e da apraxia, afectam uma única modalidade, ou o controlo fonoarticulatório ou a produção da palavra.

Na panóplia das disartrias podemos identifica três tipos, conforme Manning (2005), temos a disartria paralítica que limita a fluência do discurso, a nomeação e a repetição, sendo que apenas a compreensão está intacta. Sugere quadros associados de insuficiência de articulação, analasamento e enfraquecimento da voz. Como refere Pinho (1998), a disartria cerebelosa limita também, a fluência a nomeação e a repetição, deixando lugar a uma compreensão intacta e destacando um quadro clínico associado que pode ser descrito pelo fraseamento inapropriado, lento e perda da modulação do volume e da fala. Segundo o mesmo autor, a disartria extrapiramidal, apresenta a compreensão intacta enquanto a fluência do discurso, a nomeação e a repetição estão limitadas, podendo fazer-se acompanhar de um quadro de repetições prolongadas e bloqueios no início das articulações.

A acrescentar ao domínio das disartrias podemos referir a afonia, que apresenta a fluência do discurso, bem como a nomeação e repetição inexistentes, a compreensão está intacta e é uma situação que pode ser temporária, assim como refere Goldfeld (2003). O mesmo autor descreve a disfonia com a mesma possibilidade de ser temporária e cuja fluência no discurso, nomeação e repetição estão limitadas e a compreensão intacta.

Uma outra perturbação frequente nos casos de lesão encefálica são as apraxias, que surgem, muitas vezes, associadas a outros quadros clínicos e que influenciam toda a dinâmica a aplicar na reabilitação de um paciente. Segundo Marsden (2007), temos oito tipo de apraxias que descrevemos de imediato: a motora que limita os movimentos fino e os movimentos voluntários, mas não implicando a manipulação de objectos. A ideomotora que se apresenta como a incapacidade de manipular objectos, por défice da força muscular normal; a ideativa que sugere a incapacidade de realizar sequência de movimentos coordenados adequadamente; a construtiva que se descreve pela incapacidade de desenhar figuras geométricas ou copiar figuras bidimensionais ou tridimensionais; a da marcha descrita na incapacidade ou dificuldade de andar, embora a força e equilíbrio estejam mantidos; a buco-facial que apresenta a incapacidade em sorrir, assobiar, enrugar a testa, quer sob comando verbal, quer por imitação; a do vestir que se descreve pela dificuldades para realização de acções relacionadas com o vestir ou despir, sem intervenção de terceiros e finalmente a apraxia diagnóstica que é descrita pela Limitação inter-manual (uma das mão não reconhece o que a outra faz).

Lamentavelmente, como refere Gil (2004), a oralidade é apenas uma parte das limitações que poderá surgir como consequência de uma patologia ou de uma intervenção cirúrgica. Nos casos em que se dão as parésias ou hemiparésias poderão surgir também problemas ao nível da comunicação escrita. Faremos uma rápida abordagem neste sentido, uma vez que a nossa linha de acção interventiva será acima de tudo no âmbito da oralidade. Embora tenhamos consciência que a linguagem é sempre afectada a quando de uma lesão cerebral, as agnosias são outra determinante patologia para descaracterização da comunicação.

Podemos encontrar seis tipo de agnosias, segundo Otriz (2005) existe a agnosia visual que se remete para a incapacidade de reconhecer certos componentes do mundo: objectos (pela forma ou pelo seu significado) e das cores; a agnosia espacial que remete para a incapacidade ou dificuldade da percepção espacial de estímulos dos objectos do ambiente e segundo o mesmo autor a agnosia auditiva que se descreve pela incapacidade de reconhecer sons comuns ou vulgares e amusia (hemisfério esquerdo, o ritmo; hemisfério direito, a melodia). Segundo Gil (2004) podemos descrever outros três tipos de agnosias: as tácteis que se referem a incapacidade de interpretar dados através do tacto; a prosopagnósia ou agnosia dos rostos que se refere a incapacidade de reconhecer o rosto dos familiares ou do próprio e finalmente a asomatognósia que esta descrita pela alteração da representação mental do corpo (esquema corporal).

A linguagem é mais que a verbalidade. Conforme McCarthy e Warrington (1990), além das conhecidas expressões e gestos, encontramos uma outra grande área da linguagem que é a leitura e a escrita. A Dislexia é a patologia mais comum, embora exista a Alexia. As dislexias estão divididas em dois grandes grupos, as Dislexias periféricas, que surgem por lesão funcional, antes que o doente tenha sequer tido uma familiarização com a palavra e o outro grande grupo trata das dislexias centrais, cujo aparecimento é mais tardio, isto é, depois de ter existido um reconhecimento da linguagem por parte do doente.

Como referem Farah, Stowe, e Levinson, (1996), podemos categorizar as dislexias em cinco tipos, por negligência que está relacionada com a leitura da metade direita do texto, erros em palavras isoladas e erros de omissão ou substituição das letras iniciais de palavras; segundo os mesmos autores, a profunda que se caracteriza pelas paralisias semânticas (leitura em voz alta) e parafasias e erros semânticas (nomeação e discurso). Segundo McCarthy e Warrington (1990), a dislexia fonológica consiste na capacidade de criar palavras a partir de não-palavras, dificuldades no agrupamento grafêmoico e conseguem fazer nomeação por associação enquanto a assemântica consiste na leitura de palavras irregulares, sem ter conhecimento do seu significado (leitura lexical, sem acesso semântico) e ainda o mesmo autor caracteriza a dislexia de superfície como a capacidade da leitura de neologismos (não-palavras) e palavras regulares, incapacidade de ler palavras irregulares e irregularidade do sistema semântico.

No campo das Alexias, Ortiz (2005) refere que existem três tipos: a alexia pura que se refere a incapacidade semântica da leitura (sem compreensão), mas com escrita está conservada; a alexia agnóstica que apresenta a dificuldade de identificação das palavras, leitura literal ou escondida, geralmente é utilizado o dedo para acompanhar a leitura e finalmente o mesmo autor refere a Alexia com agrafia que se caracteriza pela perda da capacidade da leitura e da escrita.

No que diz respeito às patologias, terminamos com a agrafia, que é uma limitação da linguagem escrita. Segundo Goldfeld (2003), esta perturbação existe em vários níveis primários da escrita. Esta patologia pode apresentar-se como sendo central, periférica ou ambas. Poderá também existir a disgrafia, que está relacionada com o acto motor.

Segundo Boone e Plante (1994), existem quatro tipos de agrafias centrais: a lexical, onde os pacientes apresentam erros linguísticos em palavras irregulares; a fonológica, onde os mesmos apresentam erros em palavras não-frequentes, não palavras e palavras extensas e segundo os mesmo autores, as outras duas apresentam-se como a profunda e a global, onde em ambas os pacientes em termos linguísticos apresentam erros nas palavras não-frequentes e nas não palavras.

Por outro lado, como referencia Ortiz (2005), existem três tipos de Agrafias periféricas, a do buffer grafémico, onde o paciente apresenta erros psicolinguísticos em palavras extensas; no bugger alográfico, onde apresenta erros em todo o tipo de estímulos e como refere o mesmo autor ainda podemos encontrar a agrafia do padrão de movimentos manuais para a escrita, que apresenta erros linguísticos também, em todos os estímulos.

Finalmente a Agrafia mista que varia os erros linguísticos do paciente dependendo dos processamentos afectados, como vimos anteriormente nas centrais e periféricas, como refere Costa (2005) e ainda o mesmo autor apresenta a caracterização da disgrafia que se descreve pela alteração da escrita na forma ou no significado.

# 

**II Parte**

**Trabalho de Estágio**

# 

Deste processo de estágio, até aqui estivemos numa fase de adaptação, basicamente conhecendo os espaços, as equipas médicas e de enfermagem, os processos de funcionamento do próprio serviço e principalmente, convergindo na própria metodologia dos processos da neuropsicologia. Nos primeiro tempos, efectuamos essencialmente as histórias clínicas dos pacientes que chegavam ao internamento do serviço e só depois de alguma prática neste trabalho é que passamos a efectuar as avaliação neuropsicológicas.

Foi um processo evolutivo, o suficiente para uma boa adaptação dentro das nossas limitações temporais. A partir da nossa adaptação ao sistema e à forma de funcionamento do serviço passamos também a ir aos bancos de urgências do Hospital de São José, bem como a acompanhar as consultas externas de neurocirurgia no Hospital dos Capuchos. Iniciamos na verdade, o processo de pesquisa para os casos que gostaríamos de apresentar, mas que como é natural, foi um processo longo e que pelo caminho ficaram também casos interessantes, mas que não seriam o suficientemente completos para apresenta-los na terceira parte deste relatório.

Ao longo do tempo de duração deste estágio, que se realizou em sensivelmente um ano e que ultrapassou as seiscentas horas de trabalho o nosso esforço esteve essencialmente ligado ao acompanhamento de casos.

Assim, os primeiros casos foram seguidos por forma a efectuarmos a testagem psicológica possível a doentes com défices de linguagem que estivessem com indicação cirúrgica, no sentido de poder reabilita-los e consequentemente de reavalia-los. A verdade é que a maioria dos casos acabam por recuperar das limitações da linguagem e muitos dos casos que inicialmente não apresentavam limitações a esse nível, por vezes, no pós-operatório surgiam basicamente do nada.

Inicialmente foram seguidos o máximo de casos apontados nas consultas externas, mas devido a dificuldade em encontrar um caso denominado de “completo”, onde fosse possível uma avaliação prévia, uma intervenção cirúrgica, a sua reabilitação e uma nova testagem depois de reabilitados, então passamos a estar mais atentos aos casos dos bancos de urgências. Das consultas externas foram feitas acima das vinte testagens psicológicas, enquanto que em termos de urgências, rapidamente, nos foi fácil de constatar que as dificuldades seriam muito maiores, devido essencialmente à fragilidade física e psicológica com a qual os doentes se apresentam.

Surgiram de facto diversos casos de linguagem e não só, bastante interessantes, mas que devido a sua urgência ou tipo de preparação pré-cirúrgica não nos era possível efectuar qualquer avaliação e muitas vezes até o simples facto de comunicar está impossibilitado por parte do paciente. Nas urgências foram efectuados centenas de pequenos acompanhamentos, mas que não se estenderam a mais do que pequenos acompanhamentos e onde também nos foi impossível encontrar casos “completos” que nos permitissem efectuar um estudo mais pormenorizado de um caso específico.

A vontade de encontrar dois casos que pudessem ser acompanhados de princípio até ao fim tinha como principal objectivo verificar que o indivíduo está sempre envolto sobre a sua própria experiência de vida e que independentemente dos quadros clínicos estudados para as patologias da linguagem, cada indivíduo é um único indivíduo e como tal terá de se adaptar a reabilitação neuropsicológica para que se consigam resultados evidentes, além de , claramente, a necessidade da interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento destes utentes.

Assim, nesta segunda parte iremos abordar alguns dos casos que foram seguidos nos serviços de urgências do Hospital de São José e apenas estes quatro casos por serem casos muito particulares e dividimos ainda este ponto em duas partes, isto é, apresentamos dois casos directos que deram entrada no serviço de urgências e outros dois casos que embora tivessem também dado entrada pelo serviço de urgências, acabaram por ficar internados.

## Serviços de Urgências do São José

São diversas as patologias que se podem encontrar num serviço de neurocirurgia. Como refere Delgarrondo (2000), são patologias tais como as cefaleias, distúrbios do sono, epilepsia, neuropatias (que podem surgir com a diabetes, infecção do herpes-zóster, HIV e doenças auto-imunes), mielopatias (ligadas às patologias que comprometem a espinal medula), neuro-infecções (como as meningites, infecções bacterianas, virais ou fúngicas), traumatismos craneo-encefálicos, doenças neurodegenerativas (como o Parkinson ou Alzheimer), distúrbios do movimento, síndrome de Guillain-Barré, demência, malformações congénitas e doenças vasculares encefálicas.

Devido a tão vasta variedade de quadros clínicos e patologias diversas, o Serviço de Urgências do Hospital de São José é provavelmente o local de maior interdisciplinaridade onde pudemos estagiar. Diversas vezes, fomos chamados a outros serviços onde por uma qualquer suspeita sugeriam a observação do doente por um neurocirurgião e outras a necessidade passava pela testagem neuropsicológica. Na grande maioria falamos de doentes que dão entrada por acidentes de viação, com suspeitas de traumatismos craneo-encefálicos. Algumas vezes, os doentes não estão orientados ou apresentam défices ao nível cognitivo. Assim, efectuamos, através de testes muito informais, uma pequena triagem que em grande parte acaba por ser acompanhada por um pedido de imagiologia. Geralmente, após a saída de resultados acabamos por trocar ideias com o imagiologista de serviço e posteriormente com o médico que fez o pedido a Neurocirurgia e tentamos esclarecer o melhor possível aquele determinado caso.

Existem diversas preocupações nos traumatismos craneo-encefálicos, conforme refere Vaz (1996). Assim aquelas que mais se salientam estão relacionadas com a violência do impacto, sendo que esta violência poderá traduzir-se no romper de alguns axónios pondo em causa o funcionamento de algumas redes neuronais. Um outro factor, ainda relacionado com a violência do impacto poderá estar no choque da massa encefálica com o osso craniano, pois muitas das vezes a violência do impacto é tal que o líquido encéfalo raquidiano (LICOR) não consegue evitar esse choque. A perda de consciência é também um ponto fundamental, pois se a perda de consciência pode acontecer por razões ligadas a emoção, no sentido de haver um ataque de pânico com consequência de perda de sentidos, a verdade, é que a preocupação recai sobre os possíveis danos da formação reticular, podendo ser um forte indício para lesões graves no tronco encefálico.

Antes de mais, gostaríamos de referir que todos os nomes aqui apresentados são nomes fictícios, respeitando assim o sigilo profissional que temos para com o doente e para com o hospital, segundo as normas do código deontológico e o código disciplinar dos psicólogos ambos publicados em Abril de 2011 em Diário da República. Assim procederemos a apresentação de cinco casos dentro daquilo que está previsto como trabalho indirecto deste relatório.

## 

## O caso Leonor – Traumatismo craneo-encefálico

A Leonor foi um caso de suspeita de traumatismo craneo-encefálicos. Após um violento acidente de viação, numa das vias com mais afluência de trânsito da cidade de Lisboa, foi reencaminhada para o serviço de urgências do Hospital de São José. Surge um pedido de observação à equipa de neurocirurgia, ao qual, prontamente, respondemos. A doente, do sexo feminino, com 53 anos de idade, apresentava um estado confusional bastante claro. Chagara ao hospital desperta, mas segundo a equipa do Instituto Nacional de Assistência Médica (INEM) que a socorreu no local, quando chegou estava inconsciente.

A doente foi submetida de imediato a imagiologia, mais concretamente a TAC, uma TAC encefálica e uma TAC de corpo, para que se pudesse verificar se existiam ou não fracturas em toda a região do seu corpo e para que, posteriormente, no caso de não existirem fracturas ou algum osso partido, retirar o material de imobilização aplicado no local pelo INME. Neste espaço de tempo, tentamos recolher mais informação sobre a doente e sobre o acidente. A Leonor manteve-se durante esse tempo todo sem se mexer e mal conseguia abrir os olhos. Das várias vezes que foi questionada apenas nos deu duas respostas. A primeira a dizer que estava cheia de dores e a segundo dizia não saber o que tinha acontecido. Embora naquele momento fosse impossível proceder a qualquer tipo de testagem, por observação clínica, poderíamos pelo menos perceber que estávamos perante uma doente que apresentava desorientação espácio-temporal. Como refere Vaz (1996), as perdas de memória em acidentes deste género acontecem algumas vezes.

Passadas algumas horas, foi necessário engessar os dois braços. Foi submetida a alguma medicação, no sentido de retirar-lhe as dores e tentar acalma-la. A TAC de crânio não apresentava qualquer lesão grave ou que pudesse levar a crer que se tratasse de um traumatismo craneo-encefálico, apenas algumas leves irregularidades que são naturais pela violência do embate sofrido no acidente. Nesta altura fomos então falar com a doente. Estava um pouco mais calma e tentámos uma vez mais perceber se já haveria alguma lembrança do acidente. Nessa altura já estávamos informados que o condutor da viatura, o marido da Leonor, teria falecido de imediato no local do acidente.

Neste caso tudo indicava que pudesse existir uma amnésia retrógrada, isto é, uma perda da memória grave daquilo que aconteceu antes do momento traumático, assim como refere Sternberg (2008), sendo que, quer neste tipo de amnésia como na amnésia anterógrada, que ao contrário, reflecte a perda da memória a partir de um dado momento para a frente ou da amnésia infantil que não permite evocar acontecimentos de quando se era muito novo. De salientar que este tipo de amnésia está ligado à evocação e provavelmente por essa razão não encontramos qualquer hipertrofia na região da amígdala ou do hipocampo, onde se efectua o armazenamento das memórias.

Naturalmente que o facto de não existirem hipertrofias nas zonas de armazenamento da memória levou-nos a pensar que seria um problema mais da ordem emocional. Assim, como refere Sternberg (2008), a amnésia retrógrada surge quase sempre, segundo os relatos, de acontecimentos marcantes, como por exemplo de um falecimentos, de um nascimento, de uma doença. Neste caso, surgiu a dúvida se a amnésia poderia ter acontecido após a Leonor ter visto algo realmente chocante após o acidente, ainda mais que sabemos que o seu marido perdera a vida nesse momento, ou se poderia a Leonor ter tido consciência desse facto e ter então, não só ter perdido a consciência, como também a memória? Trocamos impressões sobre este caso, entre a equipa médica e todos concordamos que seria uma forte possibilidade. Lamentavelmente, não pudemos seguir o caso, uma vez que se tinha despistado o traumatismo craneo-encefálico a doente passou a ser acompanhada pelo serviço de medicina.

## O caso Maria – Aneurisma

Os traumatismos craneo-encefálicos uma das situações em que por vezes somos chamados para poder intervir ou multidisciplinarmente poder avaliar ou simplesmente dar uma opinião quanto ao caso, mas existem outras situações mais recorrentes à intervenção da Neurocirurgia nos serviços de urgência, tais como os acidentes vasculares. Como refere Caldas (2000), um acidente vascular passa por qualquer forma de comprometimento funcional ou anatómico do encéfalo ou que seja consequente da anomalia dos seus vasos nutrientes. Assim sendo, efectuaremos uma caracterização breve das três patologias das doenças vasculares encefálicas mais comuns em contexto de urgências.

O AVC representa uma alteração neurológica produzida pela falência localizada do suprimento sanguíneo. Segundo Melo-Souza (2000), é a terceira causa de morte mundial e a primeira causa de incapacidade motora e/ou cognitiva. O mesmo autor Melo-Souza (2000), refere que existem três tipos de acidentes vasculares, os isquêmicos (AVCI), provocados por bloqueio parcial ou total de fluxo sanguíneo, os acidentes vasculares hemorrágicos (AVCH) provocados por rupturas arteriais e os acidentes vasculares provocados pela trombose de veias e/ou seios venosos, ao qual designamos por trombose venosa.

Um dos sintomas mais comuns neste tipo de acidentes vasculares é o comprometimento da linguagem, podendo dar lugar a uma afasia, a uma disartria ou até mesmo ao conjunto de ambos ou de outras limitações da linguagem. Este tipo de patologia poderá ainda comportar outros sintomas associados, como a parésia ou a hemiparésia, hemi-hipoestesia, perdas de visão, dificuldades na marcha, sendo que os sintomas vão ganhando forma, conforme a zona do cérebro mais lesada com o derrame. Como refere Habib (2002), este tipo de quadro clínico pode ser muito variável, uma vez que a patologia pode atingir qualquer área encefálica e assim teremos manifestações clínicas multiformes.

Embora tenhamos efectuado diversas intervenções neste tipo de casos, gostaríamos de apresentar o caso da Maria, que embora não tenha sido um AVC, foi uma lesão vascular. A Maria teve um acidente de viação e durante os 45 minutos que demorou a chegada da Polícia de Segurança Pública, a Maria acabou por perder os sentido e dar entrada no serviço de urgência do Hospital de São José.

A Maria foi um caso bastante complexo, pelo menos em termos de gestão emocional para todos nós. Uma mulher com pouco mais de 45 anos de idade, empresária, casada e com dois filhos menores. O caso tornou-se mais relevante quando acabamos por descobrir que estava a um ano de concluir o seu Doutoramento. Fomos chamados a intervir, provavelmente três dias depois da sua entrada. Encontrava-se ainda na UCI, mas já consciente e orientada. Durante o tempo de espera, 45 minutos, a Maria viu-se invadida por um derrame causado por um aneurisma.

Um aneurisma intracraniano que se caracteriza pela dilatação localizada e anormal da parede das artérias, geralmente, situadas no polígono arterial de Willis. Segundo Caldas (2000), os aneurismas podem ser congénitos, traumáticos ou arterioscleróticos, por alongamento séptico ou formação de bolsa para fora das paredes do vaso.

Conforme Holanda et al. (1995), aproximadamente 85% dos aneurismas desenvolvem-se na porção anterior do polígono de Willis, envolvendo as artérias carótidas e as suas ramificações nas porções anterior e média do cérebro, o que foi precisamente o caso de Maria. Dentro destes parâmetros, os locais mais comuns para o desenvolvimento dos aneurismas, incluem a artéria comunicante anterior em pelo menos 30% dos casos, na bifurcação da carótida interna e na artéria comunicante posterior, onde  a média é um pouco mais elevada e chega a atingir ao 35% dos casos, sendo que a bifurcação da artéria cerebral média apresenta-se com 20%, dos mesmos e finalmente, a bifurcação da artéria basilar e as outras artérias que fazem a circulação posterior, aparecem lesadas em 5%.

No caso da Maria, estivemos a verificar as RM que lhe foram efectuadas, onde se podia verificar uma grande área lesada que partia desde o temporal direito até ao occipital. Uma mancha bastante mais escura que toda a restante imagem nos apresentava. As suas dificuldades na linguagem eram leves, fluência, compreensão, repetição e reprodução, uma vez que foi a única que tivemos acesso enquanto falávamos. Uma leve hemiparésia do lado esquerdo do corpo fazia com que as palavras saíssem um pouco menos articuladas. Foi absoluto o seu espanto, pelo menos foi aquilo que nos disse, em saber que tinha um aneurisma, que jamais lhe teria passado pela cabeça semelhante situação e nesta altura, referiu-se à vida stressante que tinha, o tempo que tinha de “inventar” para dar conta da casa, das crianças, do casamento, da empresa e dos estudos.

Este caso deixou-nos muito que pensar. O facto da Maria ter tido uma experiência traumática e em horas ter podido perder tudo o que até aquela altura pusera em primeiríssimo lugar, não só a fez reflectir, como também, quando nos falou sobre o assunto nos fez pensar na necessidade de homeostasia que o nosso corpo necessita para poder funcionar da forma mais correcta. Fez-nos pensar que a preocupação em excesso assim como o tempo cronometrado ao segundo podem trazer maus resultados à saúde. No final, entre médicos e enfermeiros restou o silêncio, fomos para o nosso serviço e ali deixamos a Maria, que hoje, passados quase seis meses, apresenta uma recuperação bastante positiva. No entanto, hoje, é uma pessoa deveras mais tranquila.

## Serviços de Urgências do São José – Internamentos

Embora este ponto faça ainda parte do anterior, o facto é que nos próximos 2 casos poderemos apresentar muito mais informação, uma vez que são doentes que após darem entrada no serviço de urgência e devido ao seu estado patológico tiveram de ficar internados na Neurocirurgia. Assim, podemos dar, nestes casos, mais informações de imagiologia e de anotações clínicas.

## O caso Reis – Afasia Global

Um doente do sexo masculino, com sessenta e oito anos de idade que deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de São José com um quadro de disartria, hemiparésia à direita e quadro confusional. Após ter efectuado estudo imagiológico foi revelado um hematoma sub-dural crónico que foi drenado, no dia seguinte, após efectuarem uma trepanação frontal e parietal esquerda. Esteve internado no serviço de urgência durante 5 dias, sendo que durante o internamento o doente teve uma alta clínica parcial e antecipada por falecimento da esposa. No entanto nesse mesmo dia voltou a dar entrada no serviço de urgência por quadro sugestivo de crise convulsiva focal com generalização.

Numa fase inicial de recuperação natural o doente acabou por ficar febril e fazer longos períodos de sono, mas facilmente despertável ao estímulo verbal. Após a reentrada do doente dá-se um agravamento do seu estado geral e em especial na linguagem, com agravamento da disartria e o diário clínico com anotações da equipa de enfermagem sugeria uma afasia de expressão.

O caso do Sr. Reis fez-nos pensar, em termos de equipa multidisciplinar o que poderia estar por detrás de uma afasia. Ainda que de forma, extremamente, superficial, poderemos entrar na classificação das afasias, sob o critério de Benson (1967), que propõe uma visão anatómica da afasia, postulando duas áreas de predisposição para as mesmas, uma situada no pólo anterior da região frontal esquerda e a outra no pólo posterior da região temporal esquerda. Ainda, dentro deste critério linguístico, refere a velocidade e a riqueza da produção da linguagem, como referência à afasia fluente e não fluente. Por outro lado, Goodglass e Kaplan (1972) propõem uma classificação em função de duas vertentes da linguagem, uma expressiva que estaria ligada as funções motoras, e uma receptiva que estaria ligada as funções sensoriais.

A afasia de expressão é uma outra forma de denominar a afasia de Broca, que ainda poderá ser denominada como afasia não fluente, mas que, segundo Goldfeld (2003), apresenta uma extrema dificuldade para a produção de linguagem, passando sempre por um processo bastante lentificado, pela dificuldade de selecção das palavras exactas e do encadeamento fonológico. Nestes doentes a compreensão, por norma, está preservada num contexto rotineiro e mais afectada em situações imprevistas. A repetição e a nomeação de palavras, geralmente, estão também comprometidas. Assim, nestes pacientes, poderemos ter um discurso telegráfico, que tende a omitir palavras sem conteúdo semântico. A sua avaliação, passa por pedir ao utente para descrever uma determinada cena ou situação, que poderá ser a partir de uma imagem, fotografia ou qualquer objecto que seja apelativo a uma construção histórica. A causa mais frequente deste tipo de afasia é a isquemia cerebral (Habib, 2002).

A partir de uma discussão muito próxima da teoria que acabamos de apresentar, fomos falar com o doente. A afasia era cada vez mais acentuada, mas isso não impedia de termos a noção do seu discurso pouco fluente telegráfico e sem coerência. Passamos a efectuar pedidos simples para ver se conseguíamos a sua compreensão. Num primeiro momento, percebemos que a compreensão estava comprometida, mas alguns minutos depois parecia entender o que lhe perguntávamos. Oscilava bastante entre aquilo que poderia ser um estado confusional ou um estada de incompreensão motivado pela sua situação clínica.

Pensamos nessa altura que o nosso paciente estivesse com uma afasia global, uma perturbação na linguagem muito característica do AVC da artéria cerebral média. A extensão deste tipo de lesão é sempre variável, mas em praticamente todos os casos as áreas de Broca e Wernicke estão lesadas, em simultâneo. Para Gil (2004), esta dificuldade global afecta patamares diferentes a todos os níveis da linguagem, desde a fragmentação do discurso ou dos fonemas, dificuldade na produção dos sons e por vezes o mutismo. Ainda assim, alguns utentes preservam palavras ou frases que estavam fortemente consolidadas, como por exemplo os dias da semana, canções, entre outros.

Continuamos a trocar ideias, mas sem chegarmos a uma conclusão exacta. No entanto, devemos referir que através da imagiologia seria bastante provável que o Sr. Reis pudesse estar com uma afasia global, a partir de lesões nas áreas de Broca e Wernicke.

As oscilações do doente mantiveram-se por mais quatro dias, até ter tido alta clínica. Nesse dia era visível que o paciente havia recuperado a sua compreensão, até porque tivemos oportunidade de ouvi-lo a falar, ao telefone, com o filho. A afasia passou a ser mais leve, mas ainda assim a sua expressão verbal era pouco fluente, bastante limitada em termos de fonemas e pouco perceptível. Antes que fosse embora ainda falamos um pouco com ele e enquanto fomos diversificando a conversa íamos perguntando-lhe o sentido de alguns ditados populares e, de facto, a sua compreensão semântica não estava comprometida.

Trocamos também algumas palavras com o filho, que essencialmente se queixava que o pai tinha muitos esquecimentos, mas acabamos por perceber que o nosso paciente era um homem de fortes vícios, principalmente o álcool. Segundo o filho, o Sr. Reis também não era um homem de promover uma vida activa e com algum interesse concreto para a leitura ou para a escrita, ao que parece, prefere estar quase todo o dia frente a televisão.

Em termos de neuropsicologia, a nossa questão passava por algo bastante mais complexo. Depois do doente ter ido embora questionamo-nos sobre como este homem iria agora passar os seus dias. Além de ter passado a ser uma pessoa com dificuldades na comunicação, teria ainda de enfrentar uma nova vida sem a esposa. O Sr. Reis enfrentava o luto de uma mulher que o acompanhara por mais de trinta e cinco anos, uma natural falta de aceitação das suas limitações, um homem que conta apenas com um filho, que trabalha e que pouco tempo terá para poder cuidar do pai. Acredito que devíamos ter pensado em qualquer coisa como mais um homem que deveria ter ficado institucionalizado, embora seja ainda jovem para isso, mas ninguém o referiu, pelo menos em voz alta.

## O caso Marreiros – Prosopagnósia

O Sr. Marreiros de 74 anos de idade deu entrada no serviço de urgências do Hospital de São José com um quadro sintomatologia que apresentava tonturas, desequilíbrio e diminuição da força muscular. O doente entrou durante a manhã e de imediato passou para a imagiologia, onde foi efectuada uma TAC craniana, que apresentou um hematoma sub-agudo intracraniano. Ficou internado. Passados 3 dias voltamos ao hospital onde o paciente Marreiros ainda se encontrava internado.

No dia, após a sua entrada, o doente apresentou uma parésia à direita, por agravamento do hematoma. O doente acabou por manter-se internado com medicação apropriada para que depois pudesse ser submetido a cirurgia. Neste dia encontramo-lo em estado confusional e apresentava uma afasia de nomeação ou anómica, isto é, não conseguia nomear os objectos, apenas falara sobre eles. Retiramos uma caneta e perguntamos ao doente o que era e falou durante algum tempo sobre o objecto sem que tivesse dito o seu nome uma única vez. No entanto, teremos de considerar o seu estado confusional, ainda assim a localização da lesão é propensa ao surgimento de tal afasia.

Em consequência do progressivo agravamento do doente, nessa mesma noite foi submetido a uma intervenção cirúrgica de urgência. Quatro dias depois voltámos ao hospital, o Sr. Marreiros ainda permanecia internado a fazer recuperação da cirurgia. Conforme pudemos verificar na TAC pós operatória, o doente ainda que apresente um exame idêntico ao anterior, o facto é que apenas se pode ver a cor negra no lugar onde se encontrava o hematoma, sendo esta cor negra representativa do ar que se encontra no lugar do hematoma já retirado.

Passados outros quatro dias, uma vez mais fomos ao hospital e encontramos o Sr. Marreiros e uma nova TAC que apresentava poucas alterações, ainda que uma diminuição da zona que estava preenchida por ar, que graças à reabilitação natural, o encéfalo voltou a acolher. Curiosamente, este doente, logo após à sua cirurgia alterou radicalmente a sua linguagem, passou de um quadro de afasia anómica, que fala muito, uma vez que não consegue nomear os objectos cada vez que o tem que fazer a sua única estratégia é falar do mesmo, o que o levava a ter longas conversas, cujo conteúdo pretendia apenas a nomeação de algum objecto. No pós-cirúrgico, passou a apresentar-se com uma linguagem pobre. Um doente que apresentou de facto variadíssimas alterações desde o dia de entrada até ao dia em que foi submetido a intervenção cirúrgica.

O caso do Sr. Marreiros acaba por ter bastante interesse por apresentar uma afasia anómica, um tipo de afasia que embora possa não ser tão raro quanto isso, é de facto difícil de se notar. A afasia anómica, pode estar acompanhada de sintomatologia diversa, tal como acalculia, desorientação de um dos lados, agrafia e agnose, no entanto, o mais comum neste tipo de afasia é a dificuldade de encontrar a palavra exacta. Habib (2002), refere que em termos convencionais, esta perturbação tem no geral uma estratégia, por parte do utente, a de circunlocuções, por vezes longas e frequentemente confusas. Ainda assim, a perturbação destaca-se com situações em que o utente tem de nomear um objecto. Nestes casos o utente tem uma linguagem fluente, mas o conteúdo do discurso é pobre.

De facto o mais interessante no Sr. Marreiros é que acabamos por encontrar uma grande relação com a questão teórica. No serviço de urgência seguinte, alguns dez dias depois da última vez que tínhamos estado com ele e alguns cinco dias antes da sua alta clínica estivemos a conversar um pouco. Em conversa com a equipa médica acabamos por recordar que doentes que apresentam quadros de afasia anómica apresentam, por vezes, agnosias, como refere a parte teórica correspondente a essa patologia da linguagem.

Para verificar, ainda que de forma informal, pegamos no jornal e tentamos testar as agnosias visuais e na sequência desta testagem apercebemo-nos que uma das figuras apresentadas no jornal, o conhecido actor de filmes mímicos a preto e branco, Charlie Chaplin aparecia numa rubrica sobre cinema, e perguntamos ao Sr. Marramos se conhecia aquela figura. O paciente iniciou, como acontece nas agnosias visuais, por efectuar o reconhecimento do particular, não conseguindo efectuar um reconhecimento no global, o que nos chamou a atenção para uma prosopagnósia. O doente primeiro identificou o bigode, traço característico do Chaplin, depois o chapéu e por fim disse que sabia quem era, mas não se lembrava do nome.

Embora não fosse possível verificar-se uma prosopagnósia, poderia existir de facto um quadro bastante subtil de visual leve, mas que cuja única alteração constatável foi a afasia anómica que se apresentou no seu quadro clínico antes da cirurgia. Quanto aos estados confusionais acabamos por entende-los após alguma informação recolhida, por parte de uma das enfermeiras do serviço, junto dos familiares e de facto o estado confusional deve ter surgido por abstinência do álcool, uma vez que este doente fazia consumos excessivamente elevados e muito prolongados.

**III Parte**

**Apresentação de Casos Clínicos**

Neste ponto passaremos a abordar os dois casos que foram seguidos durante o estágio e que serão aqui apresentados. De entre uma panóplia de doentes que conhecemos nas consultas externas de Neurocirurgia do Hospital dos Capuchos, dois destes pacientes foram indicados para cirurgia. No pós-cirúrgico apresentaram alterações da linguagem e assim, passámos a segui-los em contexto hospitalar.

Estes foram os únicos dois doentes que depois de efectuada a testagem foram submetidos a intervenção cirúrgica e que mantiveram limitações na linguagem, sendo possível devido à disponibilidade dos mesmos acompanha-los em reabilitação neuropsicológica e posteriormente poderem ter sido também reavaliados. Assim, estes dois casos foram os casos escolhidos para esta parte, por se apresentarem como sendo casos “completos” e que nos foi permitido intervir e acompanha-los, quer pelo doente, quer pelos familiares.

Estes dois doentes foram testadas e avaliadas em relação as alterações da linguagem e das suas limitações cognitivas e psicológicas, através de entrevista, história clínica e testagem psicométrica. Numa fase seguinte criámos um programa de reabilitação para os mesmos, cujo numero de sessões foi diferente para cada um e que serão referidas em quantidade e tempo em casa caso, e que aos três meses depois do início da reabilitação foram reavaliados.

## O caso Cardoso – Afasia de Wernicke com evolução para afasia Transcortical motora

O nosso paciente Cardoso deu entrada no serviço de urgência do hospital de São José em Fevereiro deste ano, onde apresentava um quadro clínico de cefaleias e confusão mental. Em menos de 48 horas o seu estado de saúde passou a estar ainda mais comprometido, apresentando então um quadro de afasia de Broca e uma hemiparésia direita, com componente facial. O Sr. Cardoso acabou por ser submetido a uma cirurgia urgente, devido ao seu desenvolvimento clínico pouco favorável. Após uma demorada e delicada cirurgia de remoção de um abcesso cerebral, assente numa craniotomia temporal esquerda, tunelização do córtex, aspiração de pus intraparenquimatoso colectado e com lavagem do local com soro fisiológico, efectuamos uma TAC de crânio para controlo, 96 horas depois da cirurgia, que apresenta uma boa evolução imagiológica. No entanto, em termos de linguagem o paciente apresenta uma afasia mista ou global, sem que fosse possível, devido ao seu estado clínico, efectuar qualquer tipo de testagem.

Este paciente, independentemente das suas capacidades intelectuais é afectado por uma afasia receptiva ou global, ou seja, uma afasia da pior espécie, que o incapacita de compreender as palavras, deixando-o num processo de muita agonia, uma vez que a sua consciência em nada está alterada. Embora estejamos habituados a falar destes casos de desordem no lobo temporal esquerdo, hemisfério dominante para a linguagem, gostava de fazer um aparte, no sentido de referir que doentes com traumatismo semelhante no lobo temporal direito (hemisfério não dominante) poderão surgir com um tipo de agnosia tonal, como refere Sacks (1985), sendo que, neste caso, os pacientes perdem a sensibilidade às qualidades expressivas dos outros, a forma prosódica das vozes, embora possam entender perfeitamente o que dizem. Segundo relatos do mesmo autor, Sacks (1985), estes pacientes por não estarem capazes de percepcionar a prosódia no discurso, acabam por se rirem de algumas pessoas quando falam, uma vez que acham graça à incongruência da expressão facial com o texto, sempre considerando que não integram a prosódia.

Retomando o caso do nosso paciente, que graças à reabilitação natural pela qual todas as pessoas que se submetem a cirurgia encefálica passam, acabou por evoluir a sua perturbação da linguagem para uma afasia de Wernicke. Foram 12 horas depois da primeira TAC de controlo, que efectuamos a deslocação ao internamento do serviço de urgência para tentar uma testagem neuropsicológica do doente, a pedido do serviço de neurocirurgia, o que acabou por não ser possível devido ao tipo de afasia que apresentava. Nestes períodos naturas de reabilitação os doentes podem passar por diversas fases e o facto é que se previa que Wernicke fosse apenas mais uma das oscilações que o paciente apresentara até ao momento.

No entanto, e como nos tinham solicitado uma avaliação acabamos por efectuar uma breve síntese da nossa observação neuropsicológica, sendo que a sua situação clínica seria compatível com AVC em evolução, com menor força no lado direito do corpo. Apresentava alguma apatia, um desequilíbrio acentuado. Todo o estado clínico vem sendo acompanhado por uma hemiparésia, com diminuição de força do hemicorpo direito, com relato de várias quedas. O doente aparenta não ter consciência das suas limitações, no entanto, existe a possibilidade de uma afasia de Wernicke acompanhada com uma disartria acentuada.

Desde o princípio, ou melhor, já antes da cirurgia que a imagiologia demonstrava a possibilidade de surgir uma afasia de Broca, ou uma afasia de Wernicke, ou até mesmo aquilo que acabou por acontecer, uma afasia mista.

Passados dezassete dias do seu internamento foi à primeira consulta de Neurocirurgia. O doente deslocou-se ao Centro Hospitalar dos Capuchos, às consultas externas, onde foi possível falar com o paciente e com os seus familiares. Numa primeira abordagem esclarecemos a nossa intervenção como estagiários e obtivemos autorização para o acompanhamento depois de termos explicado claramente que o objectivo do acompanhamento seria em primeiro lugar, de cariz académico, embora fossemos, de todas as formas possíveis, tentar ajudar naquilo que realmente poderíamos fazer, na reabilitação.

Segundo Sacks (1985), existem dois tipos de discurso, aos quais poderemos denominar também de duas formas, ou físico ou fenomenológico, mas na verdade os termos em si são pouco relevantes, o que interessa é que o primeiro lida com as questões de estrutura quantitativa do discurso e o segundo lida com as qualidades que constituem o mundo, uma forma mais semântica, se preferirmos. O certo é que uma vez mais a reabilitação natural intercedeu e desta vez, bastante mais a favor do doente. A afasia acabou por evoluir definitivamente para uma afasia transcortical motora.

Nestas situações as afasias podem apresentar-se como transcorticais ou subcurticais. Na afasia transcortical motora as limitações ou lesões estão situadas na área anterior e não incluem limitações da área de Broca, assim como acontece com o Sr. Cardoso. Os principais sintomas, segundo Caldas (2000), são a redução da linguagem oral, ainda que, a compreensão fique preservada. Neste tipo de afasia poderemos ter algumas intervenções das funções do lobo frontal, como uma dificuldade em iniciar a conversa. Ainda nas afasias transcorticais existem, outras duas variantes, as afasias transcorticais sensoriais e as afasias transcorticais mistas.

As lesões cerebrais da afasia transcortical sensorial afectam as zonas tempo-parietais posteriores. Enquanto a afasia transcortical mista é semelhante à afasia global. Conforme referido por Goldfeld (2003), em ambas as afasias observam-se ecolália, num quadro que no geral é muito parecido com um estado demencial, de considerar ainda, é que a denominação, a compreensão e a linguagem escrita estão gravemente comprometidas nos dois casos.

Enquanto que nas afasias subcurticais, as estruturas afectadas, são geralmente o tálamo e os núcleos da base e por esta razão os sintomas são muito variáveis. O quadro clínico, pela tipologia dos sintomas também é instável e transitório, com uma boa perspectiva da recuperação da linguagem. Para Gil (2004), a avaliação das afasias do tipo corticais e subcurticais, terá de ter como objectivo qualificar o nível de dificuldade que o paciente apresenta e verificar se serão necessários testes mais específicos, para visar uma reeducação mais orientada e supervisionada.

O paciente, neste sentido, enquadra-se em toda a base teórica sobre a afasia transcortical motora. Ainda assim teríamos de verificar uma outra situação, a dificuldade de nomeação, algo que como já vimos anteriormente, é característico de uma afasia anómica, mas que em nada se enquadrava no quadro clínico daquele doente. Durante a consulta tentamos com vários objectos ver se o Sr. Cardoso era capaz de os nomear, mas de facto não foi. Sem arriscar qualquer tipo de predição, marcamos uma primeira sessão onde iríamos iniciar as entrevistas para o preenchimento da história clínica e para melhor conhecermos o nosso paciente.

## História Clínica

No caso concreto deste doente existiu um pedido formal para acompanhamento e reabilitação Neuropsicológica, por parte da família, que foi efectuado em primeira ordem ao médico neurocirurgião que o acompanhou, sendo que este o reencaminhou para a reabilitação, efectuada por nós.

Nas sessões, o paciente apresentou-se na primeira entrevista acompanhado por uma irmã, embora tenhamos apenas conversado com o paciente. O Sr. Cardoso, como aqui o designamos, do sexo masculino, é nascido e residente na Cidade de Lisboa, nasceu no ano de 1966 e tem 45 anos de idade. Foi possível observar algumas dificuldades no contacto visual, mesmo quando era o paciente a falar. Apresentou-se com uma higiene bastante cuidada, uma vestimenta adequada e com um aspecto saudável. Desde o primeiro dia que se mostrou cooperante, de contacto fácil, mas com algum nervosismo visível.

Devido ao empenho e motivação familiar deste doente, foi relativamente fácil explicar-lhes qual iria ser o nosso trabalho e que além da reabilitação tentaríamos gerir as expectativas para que não houvessem sentimentos de frustração pela possível morosidade na evolução reabilitativa, mesmo que o paciente mantivesse todo o estado de esperança controlado.

Em termos de doença actual, a sintomatologia do doente apresenta algumas dificuldades na nomeação. Em causa poderão estar falhas de memórias latentes no discurso, uma certa lentificação na resposta que nos poderá chamar a atenção, uma vez mais, para funções cognitivas. Na situação de uma afasia transcortical motora estaríamos à espera de uma articulação dificultada, o que na realidade acontece, no entanto as dificuldades de memória podem levar-nos a uma possível limitação da memória.

**Figura 1 – Genograma Familiar - Cardoso**



Nota: Genograma actual do paciente Cardoso. A linha azul em forma de onda significa violência física, o tracejado simples cinzento, significa relação emocional distante, linha contínua simples verde significa estado emocional harmonioso, duas linhas contínuas verdes, significa amizade e proximidade, a linha contínua verde com uma bola ao centro significa amor e finalmente as duas linhas contínuas verdes cortadas na perpendicular por traços também verdes significam grandes amigos.

Numa perspectiva biográfica, o nosso paciente não trabalha actualmente e não teve filhos. Reside com um irmão mais velho na casa que era dos pais. Ambos irmãos sempre viveram com os pais. Foi caçador durante alguns anos, mas acabou por abandonar a profissão. Não se dedicou a mais qualquer tipo de actividade profissional. Frequentou a escola até à quarta classe, segundo o que nos disse uma das irmãs, numa entrevista posterior. O Sr. Cardoso na idade escolar, era uma criança muito selectiva em termos de colegas. Como não frequentou mais que a escolaridade obrigatória nessa altura, apenas teve uma professora que o seguiu. Segundo o paciente mantinha uma boa relação, daquilo que é capaz de lembrar-se. Inclusivamente, o Sr. Cardoso refere que a professora dizia-lhe que ele tinha muito jeito para as matemáticas e que deveria seguir engenharia. Teve uma boa adaptação com os colegas e funcionários da escola que frequentou.

O paciente afirmou guardar recordações marcantes na sua infância, todas pelo lado positivo. Disse-nos que guarda muitas recordações da professora, pois era uma pessoa que lhe deu muita atenção e motivação desde a primeira classe até à quarta, altura em que saiu da escola. Refere ainda que nessa altura, a sua professora tentou falar com os pais para os convencer a deixá-lo estudar, mas sem que tivesse tido qualquer sucesso.

O pai acabou por falecer muito cedo, com 43 anos de idade, com problemas hepáticos (fígado) devido ao álcool. Assim, deixou de trabalhar desde o dia do falecimento do seu pai até aos dias de hoje. Não existem, além da patologia do pai, história clínica de familiares com mal formações ou abcessos intracranianos. A mãe faleceu aos 79 anos de idade, segundo a família, de velhice.

O seu sentido de vida é bastante amplo e pretende ganhar uma orientação para fazer alguma coisa de novo. Não tem expectativas de voltar a ter a mesma autonomia que tivera antes, mas detém uma grande força de vontade para trabalhar. Desta forma, poderemos dizer que do ponto de vista explícito, o paciente procura melhorias, com vista a um futuro mais activo, do ponto de vista latente, o objectivo é o mesmo para o doente e para a família.

A vida familiar do nosso paciente foi complexa. Os pais tinham muitos problemas por causa dos filhos. Uma família de sete pessoas: o casal, dois rapazes mais velhos e três raparigas mais novas que os rapazes. Os dois filhos rapazes, apenas trabalharam enquanto o pai foi vivo, depois disso mantiveram-se em casa, com a desculpa de não deixarem a mãe sozinha, segundo a irmã Inês. A Inês é a irmã mais velha, das mulheres e é a que vive mais perto dos dois irmãos. O Sr. Cardoso, como referimos, dedicou-se à caça, mas com pouco sucesso e por pouco tempo. Enquanto o seu irmão mais velho esteve ligado ao comércio, foi casado, mas separou-se ao fim de seis meses.

Como referiu a sua irmã Inês, o paciente vivia com a reforma da mãe e passava a maior parte do tempo a beber. O irmão mais velho também tem graves problemas de álcool, mas nunca sai de casa, passa os dias no sofá a ver televisão. Uma das coisas mais marcantes nesta entrevista, foi a Sra. Inês ter pedido para que não fizéssemos qualquer tipo de reabilitação, pois ele nunca tinha estado tão bem. Segundo nos contou a irmã, nos últimos anos de vida mãe, o Sr. Cardoso agredia-a fisicamente quando esta se recusava a dar-lhe dinheiro para beber. Sendo que neste momento e devido à medicação o paciente já não bebe a algum tempo, o que tem deixado a família muito mais descansada.

Desta vez, foi necessário explicar à Sr. Inês qual o objectivo da reabilitação, uma vez, que foi a irmã do meio, Sra. Catarina quem o acompanhou à consulta. Sabemos que o nosso paciente apenas teve uma relação que fosse conhecida pela família, uma rapariga com a qual esteve durante dois anos, mas que segundo a sua irmã Catarina, não poderia ter durado mais, pois o Sr. Cardoso estava sempre alcoolizado e pronto para arranjar discussões quer fosse em casa, quer fosse na rua.

O relacionamento com o seu irmão não é estável, além de este ser um homem com 58 anos, passam grande parte do tempo sem dirigirem uma palavra um ao outro, mesmo vivendo na mesma casa. O relacionamento do nosso paciente com as irmãs não era nada bom, embora que todos tentassem que o Sr. Cardoso e o irmão tivessem vidas normais. Segundo a sua irmã Catarina, os cunhados, a partir de certa altura, passaram a negar qualquer tipo de ajuda aos irmãos mais velhos das esposas. No entanto, após os problemas clínicos do paciente, as irmãs passaram a ter um papel mais activo nessa relação. Apenas uma das irmãs, a mais nova, está fora de Portugal.

O relacionamento do Sr. Cardoso com os seus dois sobrinhos da parte da irmã Catarina é óptima, pelo menos neste momento, estão sempre disponíveis para irem passear com ele, embora vivam um pouco mais longe que a irmã Inês. Muitas vezes o paciente toma transportes públicos e vai ter com os sobrinhos para passar as tardes. A irmã Inês, embora seja casada não tem filhos, por opção do próprio casal.

No decorrer destas sessões percebemos também que o Sr. Cardoso tornou-se uma pessoa muito chegada à família, algo que até então não acontecia. Hoje diz ter vontade de fazer uma vida nova, sem que nos tenha esclarecido quais os objectivos dessa vida nova. Não fazendo qualquer tipo de interpretação, o facto, é que o nosso paciente ao longo das entrevistas demonstrou um grande carinho pelas irmãs e pela família no geral.

Das sessões em que pudemos estar reunidos, o paciente e a irmã deram-nos a perceber um pouco mais a dinâmica da família do Sr. Cardoso. Ao certo, não encontramos uma figura de referência explícita. No entanto, o paciente fala constantemente da mãe, queixando-se da forma como a tratou. Foram poucas as palavras que pronunciou sobre o pai, a não ser para delatar os maus-tratos que este também deu a esposa. Não houve referências sobre os avós e quanto às irmãs, quer o pai, quer a mãe saíram da terra muito cedo de forma que os filhos quando nasceram, estavam estabilizados em Lisboa. Eram naturais da cidade de Évora, mas pelo que nos consta, os pais do nosso paciente poucas vezes visitaram a terra.

Sabemos desde logo, que independentemente das suas figuras de referência, a responsabilidade nunca foi o forte do nosso paciente, segundo nos apercebemos acabou por colar-se ao ambiente em que viveu enquanto criança, desenvolvendo-se de forma parecida, pelo menos nas questões do álcool e da violência. Não conseguiu desenvolver mais do que uma relação, que acabou dois anos depois. Não casou, nem apresentou nunca vontade de o fazer. Até à data trabalhou apenas alguns anos porque foi obrigado pelo seu pai.

Ao final das nossas quatro sessões necessárias para concluir a história clínica deste doente poderemos por forma observacional constatar que a sua auto-estima é bastante alta em consideração à situação em si. O paciente encontra-se motivado para iniciar a sua reabilitação e como já referimos anteriormente para iniciar uma nova vida. A fácil ou mais fácil aceitação de uma série de situações novas, ainda que prejudiciais à sua autonomia, de alguma forma e alguma da sua funcionalidade, criou uma reorganização do seu próprio eu, que deverá estar naturalmente relacionada com o período de pós-abstinência do álcool.

Retivemos a forma como justifica tudo o que aconteceu na sua vida. De facto o nosso paciente assume essa responsabilidade em parte, sendo que a outra parte atribui ao álcool. Notoriamente este é um tema que gere uma carga emocional muito forte, cada vez que tentamos falar sobre o seu passado e aquilo que aconteceu com a mãe, o paciente evita a conversa, mas não deixa de assumir uma parte da suas responsabilidade, não dispondo ao destino o fardo do que fizera à pessoa que tanto amou, a sua mãe. Inclusivamente, nas nossas sessões que foram partilhadas com uma ou outra irmã, várias foram as vezes em que assumiu como erro aquilo que elas diziam que tinha corrido mal por causa do álcool.

Finalmente, poderemos dizer que estamos perante um trauma, que exerce influência adversa sobre uma potencialidade ou sobre uma condição, no sentido de impedir a sua plena realização ou acção natural. No caso do nosso paciente, o trauma aparece em termos de potencial, isto é, no aspecto biológico, quando nos referimos a pequenas limitações e anteriormente ao episódio neurológico, quando nos referimos ao álcool. Estamos perante um trauma de natureza bio-psico-social, pois as potencialidades poderão ser apresentadas como critérios físicos e psíquicos que estão naturalmente relacionados com o meio. Primeiramente, o álcool e agora as suas limitações linguísticas.

A verdade é que neste caso não existiram condições óptimas de actualização para que pudesse desenvolver as suas potencialidades. Dos seus traumas surgiram grande parte das barreiras que o separam da sua integração social, seja do ponto de vista das potencialidades biológicas ou psicológicas.

**Avaliação Psicológica**

**Plano de Avaliação Psicológico**

Entre as informações recolhidas nas nossas sessões e as informações que nos foram passadas pelos familiares e que foram também observados pela medicina, concordamos em equipa multidisciplinar (estagiários, neurocirurgião, neuropsicólogo e psiquiatra) que poderíamos estar perante sintomas específicos da síndrome de abstinência alcoólica, tais como agitação, ansiedade, alterações de humor (disforia), tremores, taquicardia e hipertensão arterial. Foram estes que se destacaram entre outros sintomas característicos ao síndrome de abstinência.

Aplicação de subtestes da Escala de Inteligência de Adultos (WAIS). Esta escala permite-nos, de uma forma mais completa, segundo Wechsler (2004), uma análise de resultados e empenho do sujeito através de aptidões intelectuais, tais como o coeficiente de inteligência verbal, de realização também o coeficiente de inteligência completa. Traz-nos também índices factoriais, que correspondem à compreensão verbal, organização perceptiva e velocidade de processamento.

O paciente em um período breve de pós-cirurgico indicou algumas dificuldades na nomeação de objectos e algum confusão mental, onde se verificou a diminuição do estado de alerta, a diminuição do estado de atenção e alterações da memória, com a associação a um quadro de afasia de Wernicke. Assim, tornava-se necessário um despiste a um possível quadro de Síndrome de Wernicke Korsakoff, mesmo que pudesse apresentar-se, ainda, de forma subtil, isto é, sem confabulações ou ataxia. Foi efectuado o pedido de uma Ressonância Magnética, às zonas do hipocampo, onde se verificou existir uma atrofia, ainda que pouco significativa, mas passível de justificar uma falta de memória no sub-processo de armazenamento.

Desta forma utilizamos subtestes que nos permitiram analisar melhor os processos mnésicos do doente, em todos os seus sub-processos, mas principalmente nos de codificação e recuperação. Entre os subtestes das Escalas Wechsler de Inteligência, utilizamos a memória de dígitos, sendo que, segundo os dados da literatura, espera-se que adultos com inteligência normal sejam capazes de reter pelo menos cinco dígitos na ordem correcta e três na ordem inversa, dando grande ênfase à memória de curto prazo ou de trabalho. No entanto, este subteste é muito sensível à capacidade da escuta bem como a flutuações atencionais. Utilizamos também o subteste de código – tarefa de codificação, no sentido de medir atenção selectiva, concentração, flexibilidade mental e de alguma forma para ficarmos com alguma noção da velocidade de processamento.

A aplicação da figura complexa de Rey neste caso acaba por ser uma escolha necessária par a testagem do doente. Trata-se de uma figura geométrica sem qualquer interpretação, apenas é pedido ao examinando, inicialmente, uma cópia e depois uma reprodução daquilo que memorizou da mesma imagem. Segundo Rey (2002), o objectivo principal deste teste era estudar a actividade perceptiva e a memória visual. O objectivo seria então, avaliar o modo como o paciente apreende os dados perceptivos que são fornecidos e que foi consolidado de uma forma espontânea pela memória. Neste sentido, a primeira etapa, a do desenho, exige uma visão correcta e normal controlo visual-motor, um certo nível de estruturação da actividade perceptiva e uma capacidade de atenção suficiente. A segunda etapa, consiste na reprodução da figura sem a presença do seu modelo dando indicações sobre o grau e a fidelidade da sua memória visual.

Para um diagnóstico diferencial da nossa hipótese, afasia transcortical motora, ainda que esteja determinada uma redução da linguagem oral, conforme observação e história clínica, deveremos garantir, por testagem que a compreensão se encontra preservada, ainda que seja perceptível tal situação e para tal aplicaremos o subteste do vocabulário, para podermos verificar o conhecimento semântico, a informação, rigidez das riquezas, linguagem verbal no geral, o pensamento abstracto e os processos de pensamento. Não se põe problemas do tipo frontal, sendo que as imagens são claras demonstrando não haver hipertrofias nestas áreas, nem o paciente indica qualquer problema de iniciar uma conversa ou de efectuar respostas estruturadas.

No que diz respeito à personalidade, o teste 16 PF 5, um questionário constituído por 185 itens que avaliam 16 factores / traços primários da personalidade. A combinação destes traços permite a obtenção de resultados para cinco factores de segunda ordem, que entre outros, nos reporta a factores de extroversão, autonomia e auto-controlo. Segundo Cattel, Cattel e Cattel (1994), os índices foram construídos de modo a medir os desvios de respostas, como o índice de manipulação de imagem, este é formado por itens independentes da escala de personalidade, contudo veio a substituir as escalas de distorção que existiam em edições mais antigas deste teste. O objectivo deste é identificar os dezasseis traços primários e as suas cinco dimensões globais de personalidade.

O Inventário de Depressão de Beck, uma vez que como referimos inicialmente é de extrema importância conhecer o nível de depressão. Este inventário como refere Serra e Abreu (1973), é constituído por vinte e um grupos sintomatológicos e uma prova reservada à sua sensibilidade, que se confere pela presença de diferenças que se mostram significativas nos resultados, na globalidade do inquérito, em função dos sintomas e seus constituintes. Assim, quando existe depressão, podemos, com base nos resultados criar um programa de reabilitação mais adequado ao paciente. Embora a adequação da reabilitação seja uma regra de ouro para que a mesma seja bem sucedida, sabemos que em doentes com depressão, as possibilidades de participação dos pacientes nos trabalhos são bastante menores, o que nos obriga a criar programas ainda mais familiarizados e mais funcionais para a sua rotina do dia-a-dia.

Finalmente efectuamos a aplicação do Mini Mental State, que é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas. O intuito deste teste é fornecer informações sobre diferentes parâmetros das funções cognitivas. As questões deste teste estão agrupadas em sete categorias, cada uma delas com um objectivo de avaliação específica, como a orientação temporal e espacial, memória, atenção, calculo, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação tem uma variabilidade de zero pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, ate um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

No entanto, o aparecimento de testes mais recentes poderá pôr em causa a precisão do Mini Mental. O teste sugere uma avaliação rápida, mas demasiado limitada para que se possa tirar algumas conclusões. Relativamente à memória por exemplo, uma só série de dígitos não deve ser considerado suficiente para a avaliação da memória de trabalho e por essa razão utilizamos a subescala da WAIS, dos dígitos para garantir o resultado. Sendo que justificamos a utilização deste teste por duas razões, primeiramente para podermos estabelecer parâmetros mais formais quanto à orientação do doente e em segundo lugar para termos ainda que limitada uma ideia da capacidade construtiva visual.

Relativamente à aplicação dos testes devemos referir que a ordem foi efectuada inicialmente por conveniência, assim aplicamos primeiramente o teste de personalidade e de estado depressivo por ser exigido menos esforço quanto a posição que alguma tarefas da avaliação cognitiva exige, sendo que estes doentes na primeira avaliação encontravam-se em recuperação pós-cirúrgica. A Segunda avaliação obedeceu à mesma apenas para manter ordem inical.

**Avaliação da Personalidade**

Na aplicação propriamente dita, foram utilizadas duas sessões. A primeira sessão foi toda ela dedicada ao teste 16 PF 5 (anexo A). A aplicação levou quase sessenta minutos, salientando-se então os valores apresentados fora do enquadramento médio. A afabilidade do indivíduo considera-se como uma pessoa fria, impessoal e distante. No parâmetro da estabilidade apresentou-se reactivo e emocionalmente instável. Na dominância os resultados apresentam-no como diferente, cooperante e que evita conflitos. No atrevimento o teste apresenta-o como uma pessoa tímida, temerosa e coibida. Na abstracção apresentou-se como realista e na privacidade como pessoa aberta, genuína e natural. Na auto-suficiência diz-se seguidor e indivíduo que se entrega nos grupos. Em termos globais, o resultado mais evidente é o parâmetro de extroversão, indicando-o como introvertido e socialmente inibido, enquanto os demais parâmetros encontravam-se dentro da média. Finalmente nos estilos de resposta pudemos verificar que para a manipulação de imagem, os baixos resultados sugerem um desejo por parte do sujeito de admitir traços ou condutas socialmente não desejáveis. Na interferência os resultados apontaram para a média, mas a aquiescência, determinou pela sua alta pontuação, uma tendência para as respostas “sim”, passível de indecisão. Quanto ao Inventário de Depressão de Beck (anexo A), o resultado apresentou a ausência de depressão (oito pontos).

**Avaliação dos Processos Cognitivos**

O paciente efectuou a prova da figura complexa de Rey (anexo A), individualmente, nas suas duas etapas, sendo a primeira a da cópia (em sete minutos e quarenta e cinco segundos) e a segunda a da reprodução, entre as quais existiu um intervalo de mais ou menos três minutos, onde falámos sobre se o doente gostava ou não de desenhar na escola, naturalmente para que servisse como interferência para a segunda etapa. O tempo de realização da prova completa não superou os vinte e cinco minutos apresentados na literatura. A cópia da figura foi efectuada com alguma exactidão (vinte e seis pontos), no entanto, a reprodução acabou por apresentar maiores dificuldades (onze pontos).

Nesta mesma sessão foi aplicado um dos dois subtestes da WAIS (anexo A), primeiro o subteste foi o do vocabulário, onde apresentamos diversas palavras que foram pedidas ao paciente para definir verbalmente. Como este subteste mede principalmente a competência linguística, os conhecimentos lexicais e sobretudo a facilidade de elaboração do discurso. Estivemos especialmente atentos a exactidão do vocabulário utilizado e à precisão do pensamento. No entanto, neste caso, o seu baixo desempenho está relacionado a um contexto escolar limitado (vinte e dois pontos).

Aplicamos ainda a memória de dígitos, apresentando sequências numéricas para repetição directa e no sentido inverso. O subteste da memória de dígitos, na ordem directa, mede a memória auditiva verbal e é muito sensível à capacidade de escuta e às flutuações da atenção. Nesta aplicação tivemos também um resultado bastante baixo (cinco pontos). Não se conseguiu pôr em causa a ordem da nomeação, porque o paciente não passava da memorização máxima da primeira série de três algarismos. Quando o teste é colocado na enunciação dos algarismos no sentido inverso, testa-se a memória de trabalho. Os resultados deste teste foram também bastante baixos (dois pontos). Foi efectuado o Mini mental State (anexo A), com uma excelente pontuação (vinte e sete). No código, embora o paciente não tenha conseguido preencher mais de dezasseis dos itens no tempo pedido, incluindo os itens de exemplo, conseguiu acertar em todos os concretizados.

**Conclusões e Plano Terapêutico**

Da testagem pudemos concluir, em termos de reabilitação que teremos alguns comportamentos de oposição que poderão de alguma forma não beneficiarem a reabilitação, no caso desses comportamentos demonstrativos passarem por exemplo, por não efectuar o trabalho. No entanto, como se verifica, a sua personalidade esta mais orientada para o grupo, o que nos irá motivar para trabalhos em grupo, principalmente nas sessões não presenciais, isto é, nos trabalhos que o paciente levará para fazer em casa e teremos claramente, que contar com todo o apoio familiar e dos amigos. Contudo, o facto de não existirem sintomas depressivos, será certamente um contributo a favor, sendo de menor incidência a necessidade de trabalhar a auto-estima do paciente.

Em termos neuropsicológicos poderemos concluir que o paciente apresenta um discurso pouco fluente e com dificuldades articulatórias. Apresenta alterações na capacidade de nomeação, mas mantém a compreensão e repetição, manutenção de orientação espacial e pessoal, mas, por vezes, apresenta desorientação temporal.

Apresenta índices de memória imediata com défice, alteração da memória verbal para palavras isoladas e principalmente na nomeação de objectos. No entanto mantém inalterada a memória lógica e a capacidade de aprendizagem. Não se apresentam baixas na capacidade de atenção ou concentração, sendo que a sua nomeação parece estar condicionada a défices múltiplos de memória.

Este défice cognitivo e operacional, algo acentuado, parece inferir subtilmente na execução das suas tarefas diárias, mas sem dependência de terceiros. A sua dificuldade em expressar-se, quer pela via da articulação, quer pela via da nomeação acaba por gerar algumas situações de ansiedade e stress que poderão levar o paciente a uma postura mais impulsiva.

Mediante os resultados de imagiologia, da observação neuropsicológica e da testagem do paciente, uma vez mais recorremos a uma reunião multidisciplinar, onde estiveram presentes o estagiário, o neuropsicólogo e o psiquiatra, de onde resultou a intencionalidade do acompanhamento psiquiátrico do doente, por suspeita de alterações biológicas e psicológicas exercidas por abstinência do álcool.

Em termos concretos, este acompanhamento psiquiátrico gerou novos exames no âmbito químico e o paciente passou a terapêutica farmacológica para o tratamento da ansiedade e da memória. Contudo e em cooperação com a psiquiatria desenvolvemos um plano mais adequado para a sua reabilitação, no que diz respeito à memória, uma vez que o paciente estava sujeito a outras vias terapêuticas.

## Reabilitação Neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica foi efectuada por um período de quatro meses. Com muito empenho a testagem terminou nos últimos dias de Fevereiro, o que nos dava a oportunidade de aplicar a reabilitação contando com o factor biológico a nosso favor, devido à recuperação natural, altura em que a plasticidade cerebral é maior e por isso mais susceptível de ser trabalhada.

A reabilitação foi efectuada duas vezes por semana, até ao final de Junho. Nestes dias, o doente também fazia fisioterapia, ainda que apenas durante dois meses, uma vez que os seus movimentos não estavam significativamente comprometidos, mas nas questões da escrita surgiam variadíssimas dificuldades por causa dos tremores que aliviaram com a farmacologia, mas não desapareceram. Foi acompanhado pela neurocirurgia, que controlou toda a evolução do episódio neurológico, pela psiquiatria que o acompanhou pela síndrome de abstinência e em conjunto com a neuropsicologia trabalhamos as questões da memória.

Em termos de memória, dedicamos basicamente todo o primeiro mês de reabilitação, á volta de oito sessões, onde trabalhamos essencialmente mnemónicas que o ajudassem no seu dia-a-dia, por exemplos, exploramos situações práticas como a ida ao supermercado. Para compras de apenas alguns produtos e no sentido de não ser utilizada lista, mas sim, de ser a memória por estimulação cognitiva. Pedíamos ao paciente para imaginar em cada compartimento da casa cada um dos produtos que queria comprar. Uma vez que a sua dificuldade reside na memória, mais ao nível da memória de trabalho, quando esquecia por exemplo, do pão, tinha apenas de tentar lembrar-se do compartimento da casa para se lembrar do produto. Mnemónicas deste tipo surtem efeito pela familiarização que existe da casa por parte do paciente. Outras situações como pegar em cada letra das coisas que ia comprar e efectuar uma pseudopalavra que o levasse a recordar os produtos que ia comprar.

Para outras situações, num segundo nível da estimulação da memória, nas quatro sessões seguintes, efectuamos exercícios para que o doente pudesse recordar aquilo que tinha para fazer, pedíamos-lhe que efectuasse, inicialmente, uma lista a qual tentaria decorar enquanto dava a volta à sala de estar, por exemplo, efectuando a repetição das actividades sempre no mesmo lugar da sala, coordenando a actividade com o local onde passava. Assim, durante o dia quando se esquecesse do que tinha para fazer, tentaria visualizar a sala e, focando um determinado lugar poderia lembrar-se da dita tarefa que decorará exactamente naquele lugar da sala.

Neste aspecto o nosso trabalho foi mais a um trabalho de estimulação cognitiva prática, entretanto, exercícios para a memória e outros exercícios para a atenção e estimulação à pratica cognitiva de outras funções eram efectuadas nos primeiros vinte minutos de cada sessão, mas apenas através de RehaCom, sendo que a cada quinze dias alterávamos os exercícios em função do que ficava conversado entre a neuropsicologia e a psiquiatria, no sentido de avaliar os efeitos farmacológicos e psicológicos que iam surgindo no paciente ao longo do tempo e sujeito as terapêuticas que fazia.

Assim, aquilo que mais trabalhamos neste doente foi a linguagem verbal e escrita, através da sua motivação, foram dedicadas todas as restantes sessões, uma vez que o trabalho com a memória era já satisfatório, trabalhamos a linguagem durante as restantes vinte sessões. O objectivo foi, de todas as formas que nos foi possível para trabalhar a capacidade expressiva do paciente. Expressar sentimentos e pensamentos por meio de símbolos falados ou escritos. Fizemos a aplicação de exercícios simples e que estivessem ligados a sua rotina ou com situações familiares ao paciente.

Para estimulação motora, utilizamos as primeiras oito sessões das dedicadas à linguagem e trabalhamos com exercícios de sopro (por exemplo, com uma palhinha num copo com água, para que e pudesse ver a assimetria entre o sopro do lado menos articulado e o outro lado, promovendo também a identificação dos seus avanços, através da intensidade que vão surgir as bolhas no copo. Outros exercícios efectuados com o auxílio de instrumentos que projectem som (apito, flauta) pedimos ao paciente para treinar o seu sopro bem como a sua sucção. Em outras fases pedimos ao doente para mascar pequenos bocados de borracha específica para promover o movimento orofacial e o desenvolvimento motor da área facial afectada.

No que diz respeito aos exercícios de desenvolvimento da nomeação, com os quais trabalhamos as restantes sessões, utilizamos as lengalengas, provérbios populares e quadras ou poemas com muitas rimas, para que se insista nos fonemas com mais dificuldade de articulação por parte do doente. Outros exercícios de nomeação foram efectuados com uma pequena rolha entre os dentes, para evitar o movimento facial, promovendo o exercício importante do restante sistema fonatório (como o movimento da língua e o controlo da respiração). Efectuamos alguns exercícios de nomeação de palavras e fonemas específicos para dar movimento e estimular a língua.

No que diz respeito à motricidade do braço e da mão com limitação de movimento, para a escrita, iniciamos pelo desenho livre em folhas A3, passando para a A4 e consequentemente para a A5 de forma gradual e conforme a evolução (estes exercícios foram efectuados com lápis de cera, por serem mais deslizantes e para promover o interesse por meio das cores). Toda a estimulação motora esteve presente nas últimas vinte sessões onde trabalhamos a linguagem.

Embora todos os exercícios que efectuamos em sessão pudessem ser efectuados em casa, muitas vezes para que a família pudesse participar, utilizamos exercícios de articulação como por exemplo pedir a um familiar para untar a boca do paciente com mel e depois pedir-lhe, para com a língua, retirar o mel dos lábios. Outros exercícios, mais intensos, de articulação, foram pedidos para fazer em casa, em períodos em que o paciente estivesse à vontade para poder emitir sons que poderiam oscilar no volume e na expressão da sua face (sendo por vezes muito inibitório para o doente este tipo de exercício em sessão).

Todo este plano de reabilitação foi desenvolvendo as suas próprias características conforme o paciente passava a ser mais bem sucedido nas tarefas. Claro que além de termos efectuado exercícios práticos de natureza mais informal, utilizamos também, para complementar, alguns exercícios do RehaCom. A participação da família foi muito motivadora para o paciente e naturalmente que os resultados da testagem efectuada no final de Junho apresentou melhoras significativas. Naturalmente que esta testagem incorre com o precedente de ter sido efectuado sobre o efeito de substâncias farmacológicas que terão ditado diferenças nos resultados. No entanto o trabalho de toda uma equipa foi impulsionador de uma recuperação bastante positiva.

A sequência dos exercícios práticos foram efectuados em função das melhorias de exercícios anteriores, sendo que exercícios de aplicação mais motora ficaram para as últimas sessões de reabilitação, no sentido de garantirmos alguma autoconfiança do mesmo levando-o a motivar-se por cada pequena vitória que conseguia nestas sessões.

As sessões foram sempre divididas entre a componente prática e os exercícios do RehaCom, em nenhuma das duas reabilitações foi efectuado um plano de reabilitação rígido, seguimos a ordem natural da reabilitação aproveitando essencialmente a motivação ou os assuntos que os utentes nos traziam para cada sessão. Devido às grandes alterações biológicas a que estes doentes estão sujeitos numa fase inicial e pós-cirúrgica, obriga-nos a adaptar o plano a cada sessão, por forma a rentabilizar o já tão pouco tempo que tínhamos com os mesmos e naturalmente, aproveitando e adaptando tudo o que fazíamos ao interesse particular de cada um deles.

**Reavaliação Psicológica e Discussão do Caso**

Deveremos salientar antes de mais, que aplicamos os mesmos testes, exceptuando o teste de personalidade 16 PF 5, o Mini Mental State e neste caso o Inventário de Depressão de Beck. Portanto repetimos a figura complexa de Rey (anexo A), nas suas duas etapas, sendo a primeira a cópia e a segunda a reprodução. O tempo de realização da prova foi levemente maior (oito minutos e cinquenta e sete segundos), Foi uma prova muito melhor na cópia (vinte e oito pontos) e na reprodução (dezassete pontos).

Dos três subtestes da WAIS (anexo A), o de vocabulário (vinte e três pontos), mantivemos o baixo desempenho que como tínhamos já referido relaciona-se ao contexto escolar limitado do nosso paciente. Na memória de dígitos, nesta aplicação tivemos também um resultado bastante melhor, na repetição correcta (sete pontos) e na repetição inversa (cinco pontos). Finalmente, no código embora o tempo seja o indicado, melhorou a sua performance em mais sete itens, assinalando-os uma vez mais, todos de forma correcta.

Assim, nos termos clínicos poderemos concluir que o paciente apresenta um discurso mais fluente e quase sem dificuldades articulatórias. A compreensão, repetição e a nomeação agora está mantida, assim como a orientação espacial, pessoal e temporal.

Apresenta subtis défices na memória imediata e mantém a memória verbal para palavras isoladas. Mantém também inalterada a memória lógica e a capacidade de aprendizagem. Não se apresentam baixas na capacidade de atenção ou concentração, sendo cada vez maior a sua capacidade de autonomia e a sua auto-estima.

Relativamente ao doente, tivemos um indivíduo empenhado e perseverante graças a todo o apoio e suporte dos familiares, assim como pela excelente prática multidisciplinar que se deu a este paciente. Embora tenha tido uma história de vida bastante difícil a capacidade de entender que o álcool tinha sido um dos grandes responsáveis para o que passara, ajudou a ganhar forças e uma forte tendência actualizante que o fizeram reforçar a sua vontade de melhorar.

## O caso Martins – Hidrocefalia de Pressão Normal com Afasia de Broca

O Sr. Martins deu entrada no serviço de urgência do hospital de São José em Abril deste ano, com um quadro de instalação súbita de diminuição bilateral da acuidade visual e anatria (disartria) que teve duração de alguns minutos. Apresentou incontinência de esfíncter vesical e foi visível uma ataxia na marcha e alterações das funções cognitivas. Saído da medicina, foi transferido para o serviço de neurocirurgia, onde foi efectuado um estudo da dinâmica do líquido encéfalo raquidiano, que foi compatível com a hidrocefalia de pressão normal.

Após a realização da punção lombar para análise dinâmica do líquido encéfalo raquidiano, houve uma melhoria significativa do quadro clínico, pelo que se propôs, cirurgicamente, a colocação de um shunt ventículo-peritonial, por forma a garantir o fluxo do líquido encéfalo raquidiano sem maiores prejuízos. A cirurgia foi efectuada 13 horas depois de ter dado entrada no serviço de urgências.

A Hidrocefalia de Pressão Normal. Esta, é na verdade a terceira patologia das doenças vasculares encefálicas, que segundo Gil (2004), poderá ser normotensiva ou de pressão normal HPN, que de resto é a mais comum. No entanto, a Hidrocefalia poderá ter ainda, outras duas formas clínicas. Deveremos então referir a hidrocefalia obstrutiva ou não comunicante (HNC), com origem no bloqueio do sistema ventricular do cérebro, impedindo que o líquido encéfalo raquidiano flua devidamente pelo cérebro e pela espinal-medula. Ainda a hidrocefalia não obstrutiva ou Comunicante (HC), como resultado do défice de produção do LICOR ou da sua absorção.

A sintomatologia da síndrome da hidrocefalia também tem sido uma constante, Gil (2004), refere que a hidrocefalia de pressão normal é caracterizada por uma tríade clássica de sintomas: sendo a perturbação progressiva da marcha, a demência (que se manifesta, essencialmente, na lentificação do processo de pensamento e resposta) e a urgência urinária podendo surgir com ou sem incontinência.

Segundo Chaves, Finkelsztejn e Stefani (2008), nestes casos sugere-se a colocação de uma válvula no local da obstrução, além de ser o tipo de tratamento mais comum na hidrocefalia, apresenta também melhoras significativas nos défices motores dos doentes. Ainda que, a urgência urinária faça parte da tríade clássica de sintomas da hidrocefalia, não é muito relevante, pois a sua resolução é simplificada e pouco problemática. O mais importante da hidrocefalia é que não deverá ser desvalorizada por se tratar de uma situação que até é comum no contexto hospitalar e que a sua correcta avaliação clínica poderá levar a um tratamento eficaz em grande parte da problemática resiliente na própria hidrocefalia.

Enquanto esteve no serviço de urgências deste hospital, deslocava-se através de cadeira de rodas. A sua marcha era lentificada e particular de quem não pudesse ter destreza ou habilidade nos seus movimentos.

O caso do Sr. Martins, foi um caso que acabou por suscitar grandes atenções quer por médicos, quer por enfermeiros. O paciente apresentava um carcinoma (tumor maligno) na região dos intestinos e um outro no pâncreas, embora estivessem estabilizados. Estava a ser controlado semestralmente e a fazer de variadíssimos fármacos. O tumor é um tipo de fenómeno que pode ocorrer em qualquer lugar do nosso organismo. Existe uma variedade muito grande de tipos de tumores cerebrais e outras malformações, sendo que se designam conforme a célula ou tecido onde têm origem. Os tumores, segundo Zeltzer  (2004), poderão ser benignos ou malignos. É benigno quando é uma massa anormal, mas não cancerosa, de tecido cerebral, e maligno quando essa massa ganha a capacidade para invadir e destruir o tecido adjacente ou quando a mesma é uma metástase, ramificação do tumor, no cérebro, vindo de outro lugar do corpo através da corrente sanguínea.

Quando uma das auxiliares hospitalares lhe pediu para que escrevesse numa folha de papel os medicamentos que tomava diariamente, pois na altura em que entrou estava muito queixoso. Foi difícil entender o que dizia devido a hemiparésia, então quando foi possível detectar uma agrafia. Um distúrbio de escrita, que segundo Goldfeld (2003), é uma perturbação que, neste caso concreto, se encontrava num nível primário da escrita, que surge na sequência não só da hemiparésia, mas principalmente das suas limitações da memória a curto prazo, que se afere no síndrome demencial diagnosticado neste doente, que lhe afecta através de uma limitação clara nas representações ortográficas, provocando a degradação das informações de série e identidade dos grafemas.

Ainda no caso do Sr. Martins era facilmente identificável uma disartria, uma limitação puramente sensoriomotora, uma vez que o doente disártrico é aquele que não consegue controlar o seu sistema muscular fonatório. Assim, como neste caso, a disartria surge muitas das vezes como resultado de lesões subcurticais que afectam em geral os pares cranianos ou os núcleos da base. Manning (2005), afirma que na disartria estão comprometidos os sistemas fonatórios, articulatórios e respiratórios, tendo uma limitação variável no que diz respeito à percepção do discurso do paciente, podendo variar de uma pequena distorção até uma perda importante do controlo neuromuscular.

O doente vivia com duas mal formações congénitas e malignas. Pudemos verificar que sofria de diabetes do tipo II, isto é, não dependente de insulina, além de outras patologias crónicas que apresentava. O paciente acabou por efectuar uma intervenção cirúrgica para poderem drenar e controlar o derrame e acabou por ficar internado quatro dias nos serviços.

Vinte dias depois do seu internamento foi a primeira consulta de Neurocirurgia no Hospital dos Capuchos. Apresentou-se na consulta com uma irmã e a sua companheira. Depois de ser visto pelo neurocirurgião e de se ter verificado as suas condições de saúde falámos com o doente para lhe fazer o acompanhamento, abordagem que foi feita de forma idêntica àquela que efectuamos com o Sr. Cardoso. As autorizações foram dadas e iniciamos, dois dias depois, as entrevistas para preenchimento da história clínica. O paciente já não apresentava disartria, mas uma possível Afasia de Broca.

## História Clínica

O doente apresentou-se na primeira entrevista também acompanhado por uma irmã, e pela sua companheira, como de resto já tinha acontecido na consulta, embora tivéssemos apenas conversado com o paciente. O Sr. Martins como aqui o designamos, do sexo masculino, nascido no Alto Alentejo e residente na Cidade de Lisboa, nasceu no ano de 1934 e tem 77 anos de idade. Foi possível observar muito poucas dificuldades no contacto visual. O paciente apresentou-se com uma higiene bastante cuidada e com uma vestimenta apropriada. Desde o primeiro dia que se mostrou cooperante, de contacto fácil, mas sendo por vezes impulsivo e algo agitado.

Em termos de doença actual, o utente apresenta algumas falhas de memórias latentes no discurso, uma certa lentificação na resposta que nos poderá chamar a atenção para um pensamento lentificado e que segundo a família tornaram-se mais evidentes após a cirurgia. Na linguagem, apresenta algumas dificuldades de articulação ligadas a uma hemiparésia, uma paralisia ligeira, sendo que quando se trata de uma paralisia mais severa designa-se de hemiplegia. Em termos familiares não encontramos uma história clínica passível de nos demonstrar, que alguma das suas patologias tenha uma origem genética.

Ainda assim todas as suas incapacidades por motivo da doença actual estão esclarecidas antes de termos iniciado a história clínica, uma vez que o doente é portador de várias patologias, no entanto, foi a hidrocefalia que o levou até a reabilitação. Destaca-se primeiramente os défices motores, nomeadamente nas dificuldades em andar por não conseguir o equilíbrio suficiente, mas a principal razão deste pedido foi de facto, porque o paciente, segundo a sua irmã e companheira tem vindo a perder motivação para a vida, embora não seja uma patologia que lhe provoque este sentir, mas concordamos se disser-mos que estamos perante um sintoma psicológico despoletado pelas sua limitações cognitivas e motoras.

**Figura 2 – Genograma Familiar – Martins**



Nota: Genograma actual do paciente Martins. O traço implica uma relação separada, mas sem divórcio, representa uma relação assumida a longo prazo. A seta azul tracejada significa negligencia, dois tracejados vermelhos discórdia e/ou conflito, seta cinzenta contínua significa concentração, o tracejado triplo a vermelho significa ódio, a linha vermelha em forma de onda recta significa violência (psicológica) e a linha contínua verde com uma bola ao centro significa amor e finalmente as duas linhas contínuas verdes significam amizade e proximidade.



Relativamente a história biográfica do doente, decidimos apresentar por fases, isto é, conforme fomos confrontados com os assuntos nas sessões, uma vez que a sua história é bastante complexa e completa. O Sr. Martins tem um filho. Vive com a sua companheira que aqui denominaremos de Maria, vivem juntos há cinco anos, embora o paciente ainda não esteja legalmente divorciado da sua esposa, com quem viveu durante trinta e três anos. Iniciou o seu processo escolar aos quatro anos de idade e foi até à quarta classe. Não guarda recordações marcantes e diz que foram só coisas boas, sendo o único factor menos agradável, que nos referiu, foi que mesmo gostando muito da escola nem sempre a podia frequentar, pois o pai dava-lhe diversas tarefas no campo e muitas vezes não as conseguia terminar a tempo de ir para a escola.

Embora não tenha existido um pedido formal de consulta ou de acompanhamento para reabilitação, o nosso paciente é hoje, conta apenas com um objectivo, voltar a ter a mesma autonomia que tivera antes da hidrocefalia, sendo notório o seu sofrimento por ter de depender de terceiros para poder manter as suas rotinas mínimas diárias. Mas não apenas na sua recuperação, conforme pudemos verificar o paciente não tem um projecto de vida definido, nem mesmo grandes esperanças quanto ao seu futuro. Desta forma, poderemos dizer que quer do ponto de vista explícito, quer do ponto de vista latente, o objectivo é o mesmo para o doente e para os seus familiares, isto é, que o Sr. Martins recupere a sua autonomia.

Naturalmente que voltamos a falar sobre este tema, várias vezes, não só com o paciente, mas também com a família. Explicamos tudo aquilo que poderá ser uma reabilitação neuropsicológica e acima de tudo tentamos não criar expectativas que pudessem vir a ser defraudadas pela possível falta de evolução reabilitativa, uma vez que o sentimento de desesperança do paciente era tanto, que se previa algumas dificuldades na motivação do paciente para seguir um plano de reabilitação, como deve de ser seguido.

O Sr. Martins encontra-se reformado e profissionalmente esteve sempre ligado à construção civil. Nos seus últimos anos de trabalho foi responsável de uma obra, referindo que teve desde sempre uma excelente relação com os seus colegas e com os seus superiores. De salientar que o nosso paciente iniciou a sua actividade na construção civil aos quinze anos de idade como servente de pedreiro.

A vida familiar foi conturbada. Os pais separaram-se quando a mãe do Sr. Martins ficou grávida, pois o pai não pretendia ter filhos. Foi viver com outra mulher e só voltou dois anos depois da esposa ter dado à luz. De regresso a casa, acabou por ser pai de mais duas crianças, duas raparigas. No entanto, este sentiu sempre que o pai lhe tinha algum ódio, que segundo o mesmo poderia estar justificado pelo facto da mãe não ter querido efectuar uma interrupção da gravidez, o que o levou a sair de casa durante quase três anos.

Com este sentido de perseguição por parte do pai, o Sr. Martins acabou por sair do Alentejo rumo a Lisboa, em busca de uma vida melhor. Na altura já trabalhava na construção civil há quase cinco anos, tinha nesta altura dezanove. A empresa para a qual trabalhava, uma pequena construtora local, tinha ficado responsável pelos acabamentos de umas moradias nos arredores da capital e sem pensar muito, o Sr. Martins embarcou na aventura.

As suas primeiras noites em Lisboa foram passadas a dormir num pequeno estaleiro que dava apoio àquela obra. Diz-nos que foram tempos difíceis, mas que a vontade de estar longe de casa era mais forte do que tinha passado. O Sr. Martins nasceu de parto normal e no período previsto, pelo menos, é o que recorda ouvir a mãe dizer.

O seu estado de saúde passou a ser um problema sistemático com o qual convive, desde finais do ano 2006, quando lhe foi diagnosticado um tumor renal, no rim esquerdo e que depois de efectuada uma biopsia acabou por confirmar-se um carcinoma, no rim esquerdo, o qual teve de ser retirado e que até hoje se encontra estável, embora outras biopsias de controlo tenham detectado células malignas instauradas no rim direito.

Pouco menos de um ano, o Sr. Martins vê-se com um segundo diagnóstico de má formação, um adenocarcinoma da próstata que se encontra estável desde a data do seu diagnóstico. E agora, cinco anos depois do primeiro diagnóstico diferencial do primeiro tumor, acaba por ter uma hidrocefalia, como aliás referimos inicialmente.

O Sr. Martins, foi acompanhado desde início, ou melhor, desde o seu primeiro diagnóstico em 2006, pela sua irmã e a segunda filha do casal, com quem passou anos sem comunicar. O nosso paciente teve uma história também peculiar com as suas irmãs. Uma vez que foi sempre um grande amigo da sua irmã mais nova e que segundo os relatos do mesmo, foi ele quem a ajudou a ter tudo aquilo que ela tem hoje, mas no entanto, desde que ficou doente sente-se abandonado por ela. Refere, o doente, que nem por telefone têm falado. Curiosamente a outra sua irmã, com quem não falava há muitos anos, quando mais precisou, disponibilizou-se a ajudá-lo.

O seu casamento não foi menos conturbado. Casou poucos anos depois de ter chegado a Lisboa. Teve um único filho que mais tarde acabou por emigrar e não fazer grande caso dos pais. O Sr. Martins acusa a esposa do sucedido, pois diz que a mãe fazia-lhe tudo, que nunca o deixou crescer e ter a noção do quanto custa uma vida. Ainda no final da adolescência, aos dezassete anos de idade o filho teve uma relação fracassada com uma rapariga que dizia amar. No entanto, esta teve de acompanhar os pais que estavam de partida de Portugal para França e o filho fugiu para ter com ela. Passados todos estes anos, ele nunca mais dera notícias. O Sr. Martins acabou por abandonar a esposa sem nunca se terem legalmente divorciado.

A questão que mais tem gerado ansiedade o nosso paciente tem sido o desaparecimento do filho, mas, há sete anos atrás as suas frustrações aumentaram, quando alguém das suas relações, das poucas que ainda guarda da terra natal, lhe terá dito que um amigo emigrado em França tinha ouvido dizer que ele já tinha dois netos. Nas inúmeras tentativas de contactar com o filho jamais conseguiu, o que o tem desmotivado em relação à vida.

De entre as cinco entrevistas que efectuamos, devido à sua dificuldade em comunicar, temos entendido que nas suas relações interpessoais procura sempre um papel de liderança. As pessoas têm de concordar com as suas opiniões e ouvir com atenção as suas experiências de vida, caso contrário passa a demonstrar desinteresse pelo tema que estamos a discutir. Do que pudemos apurar junto das irmãs e da companheira, o nosso paciente é extremamente severo nas contradições aos seus pontos de vista, pois por exemplo, no caso do filho e mesmo com todo o sofrimento eminente que transmite diz que nunca irá perdoa-lo por ter trocado os pais por uma mulher.

O seu relacionamento com a irmã mais velha que sempre o acompanhou ao hospital aquando das consultas, dos exames ou das nossas sessões, pareceu-nos uma relação fria, no sentido em que ela dizia-lhe tudo como ele deveria fazer as coisas, sem dar muita atenção ao que ela replicava. A própria irmã considera que ele faz um esforço para aceitar toda esta situação, pois tivera preferido que fosse a outra imã, que o abandonou, a acompanhá-lo, nesta situação.

No decorrer destas sessões percebemos também que o Sr. Martins e a Sra. Maria são um casal bastante próximos, companheiros e com uma relação de grande cumplicidade. Segundo a irmã, a Sra. Maria faz tudo o que ele quer e que assim raramente existem atritos e por isso se dão tão bem. Não fazendo qualquer tipo de interpretação, o facto, é que o nosso paciente ao longo das entrevistas demonstrou um grande carinho e paixão pela sua companheira, nomeando e falando sobre ela, em todas as entrevistas e em diversas ocasiões.

Das sessões em que pudemos estar reunidos, o paciente e a irmã pudemos perceber um pouco mais a dinâmica da família do Sr. Martins. A sua figura de referência foi a sua avó materna, recordou nesta sessão que ela lhe costumava levar à cama umas sopinhas de leite, logo pela manhã. E, sempre que podia comprar qualquer coisa para ele fazia-o, mas às escondidas, para que mais ninguém soubesse, como se fosse um segredo como referiu o Sr. Martins.

No entanto, teremos também de lembrar a mãe como uma das suas figuras de referência. Depois do pai ter abandonado definitivamente o lar e as suas irmãs já estarem em idade adulta, para a mãe não ficar sozinha no Alentejo, ele foi buscá-la para viver com ele e na altura, com a esposa, numa fase em que o filho ainda era pequeno e estava em casa. Foi nesta altura que trouxe também a sua irmã mais nova para Lisboa a quem abrigou mais de sete anos em sua casa.

O Sr. Martins guarda boas recordações da sua mãe, refere-se a ela como uma pessoas de quem gostava muito. Será sempre difícil saber quais os valores que a mãe transmitiu ao nosso paciente, mas falava-nos inicialmente que gostava muito de ir à escola, mas no entanto a mãe muitas vezes dava-lhe uma série de tarefas e só depois de as cumprir é que poderia frequentá-la. Assim, o sentido de responsabilidade e da distinção de prioridade poderá ter ficado definido neste sentido.

Responsabilizou-se cedo por uma das irmãs e mais tarde pela mãe. Algo que deve também ter influenciado foi o próprio facto de o pai o descriminar e não o ter criado como filho, uma vez, que mais tarde acabou por aceitar outras duas crianças e, segundo o nosso paciente, tratá-las sem qualquer descriminação. Chegamos a conversar sobre a questão do género, ao que o nosso paciente respondeu já ter pensado sobre o assunto e não lhe fazer sentido, pois o pai mal soube da gravidez saiu de casa e não tinha como saber o género da criança.

Ao final das nossas cinco sessões necessárias para concluir a nossa história clínica deste doente poderemos por forma observacional constatar que a sua auto-estima era baixa, pois a forma como o paciente se revia nestes dias era muito diferente da forma como a acreditava ser, nos finais de 2006, antes do primeiro diagnóstico de um tumor maligno. A não-aceitação de uma série de situações novas, prejudiciais à sua autonomia e funcionalidade, cria como que uma desorganização do seu próprio eu.

Devido aos seus problemas motores depende de terceiros, sendo que segundo a sua irmã, o Sr. Martins era uma pessoa extremamente activa, que sempre trabalhou muito para poder fazer uma casa na terra, no Alentejo, com o intuito de um dia mais tarde poder voltar para lá, no sentido de gozar a sua reforma, junto da esposa e do filho, que já não estavam com ele.

Uma série de incidentes tão traumáticos, em termos psicológicos, obrigo-o a uma nítida reestruturação do seu ser, criando novas estratégias para poder lidar com as suas novas e expressivas limitações, implicando, pelo que conseguimos entender, algumas alterações ao nível da sua personalidade. Percebemos também, que a sua auto-estima era tão mais baixa, quanto mais longe parecia estar a sua recuperação, sendo que na verdade, os seus problemas motores eram sequelas do seu estado clínico e que na verdade seria necessário um grande trabalho inter-disciplinar para que se conseguisse alguma evolução.

A sua autonomia era de facto o ponto crucial, referiu-nos com grande vivacidade nos olhos os tempos em que a mãe lhe dava as pequenas tarefas de lavoura, pois era da terra que a família se sustentava. As tarefas eram muito específicas e cada um tinha de cumprir as suas, como reconhece o paciente, e acrescenta, que as fazia depressa e bem, para que pudesse ir à escola, nem que fosse um par de horas.

Na sua adolescência, a autonomia foi também uma das suas maiores virtudes, trabalhando desde cedo numa área que obriga a um esforço físico bastante relevante e que seria impossível fazer-se sem uma boa autonomia. A destreza e autonomia com que casou e organizou um lar, com quem trabalhou para sustentar a casa, que além da esposa e do filho, como referimos anteriormente, ainda teve a mãe durante longos anos e uma breve estadia da irmã, de sete anos.

No final de 2006, embora não tenha perdido a sua autonomia motora, começou por perder a sua autonomia profissional, uma vez que os tratamentos de rádio e quimioterapia no Instituto Português de Oncologia (IPO) ocupavam grande parte do dia. Os efeitos secundários da terapêutica e o abandono da irmã, foram claramente um passo para a perda de uma autonomia pessoal. Poucos anos depois acaba por perder a autonomia motora, passando a depender em termos básicos e funcionais de outras pessoas, nomeadamente da sua companheira e da sua irmã.

Retivemos, também, a importante informação do seu comportamento quanto à forma como justifica os seus dissabores da vida, como o próprio Sr. Martins refere. Uma responsabilização sempre externa, sendo que nenhum dos problemas partiu dele, mas pelos comportamentos dos outros. Uma análise bastante concreta, uma vez que culpabiliza a mãe por ter ficado ao lado do pai quando ele partiu para Lisboa, acabando por se separarem alguns anos depois. Culpabiliza a esposa pelo facto do filho ter abandonado a família e a irmã por todos os anos que passaram sem falar, situação da qual em nenhum momento tivemos conhecimento e finalmente, culpabiliza a irmã mais nova, que o abandonou, resultando daí a desgraça porque estava a passar.

Em nenhuma situação exposta pelo nosso paciente, ou pela irmã, ou pela companheira, tivemos um momento em que o Sr. Martins tivesse admitido o que quer que fosse, mesmo sobre situações normais do dia-a-dia que iam ocorrendo no hospital.

Finalmente, poderemos dizer que estamos perante um trauma, que exerce influência adversa sobre uma potencialidade ou sobre uma condição, no sentido de impedir a sua plena realização ou acção natural.

No caso do nosso paciente, o trauma aparece em termos de potencial, isto é, no aspecto biológico. O Sr. Martins apresenta duas más formações orgânicas que acabam por reflectir o seu problema na próstata e de um rim, nomeadamente os dois tumores malignos evidenciados pela má formação celular e uma outra má formação biológica que é a razão para mais um traumatismo nos seus potenciais, o seu défice de produção de líquido encéfalo raquidiano que o levou a uma hidrocefalia.

A natureza dos traumatismos estão ligados a um ciclo bio-psico-social, pois as potencialidades poderão ser apresentadas como critérios físicos e psíquicos que estão naturalmente relacionados com o meio. Primeiramente a negação do pai quanto ao seu nascimento e inclusivamente o abandono, a perda de um filho, que sai de casa para ir atrás de um grande amor, o facto de a mãe do seu filho não o ter deixado crescer da forma natural, levando-o a abandonar a família à primeira situação e o facto da sua irmã mais nova o ter abandonado.

A verdade é que neste caso não existiram condições óptimas de actualização para que pudesse desenvolver as suas potencialidades. Dos seus traumas surgiram grande parte das barreiras que o separam da sua integração social e da sua felicidade, seja do ponto de vista das potencialidades biológicas ou psicológicas.

## 

**Avaliação Psicológica**

**Plano de Avaliação Psicológico**

  Aplicação dos subtestes da Escala de Wechsler (WISC), memória de dígitos, subescala de vocabulário e código. Aplicação de teste de personalidade 16 PF 5 e o Inventário de Depressão de Beck. Para uma avaliação mais consistente da memória, complementamos a testagem com o desenho complexo de Rey, no sentido de integrar nesta avaliação da memória a parte visual e o Mini Mental State.

Considerando que os dois casos apresentados são tão próximos, no sentido das suas patologias e limitações, uma vez que incidimos em limitações da linguagem em disfunções cráneo-encefálicas, torna a justificação da testagem psicológica, quer em termos de processos cognitivos, quer em termos de personalidade bastante parecida ao primeiro caso. Razão pelo qual, a escolha dos testes foi a mesma que o a do caso anterior, bem como a sua ordem de aplicação.

**Avaliação da Personalidade**

Da testagem propriamente dita, podemos dizer que foram sessões muito difíceis para o paciente e cansativas. Dividimos a avaliação em três sessões, uma primeira onde aplicamos o questionário de personalidade (anexo B). Salientando-se então os valores apresentados fora do enquadramento médio. A dominância do indivíduo considera-se como uma pessoa dominante, assertiva e competitiva. No parâmetro da animação apresentou-se sério, reprimido e cuidadoso. Na auto-suficiência os resultados apresentam-no como autosuficiente, individualista e solitário. Em termos globais, o resultado mais evidente é o parâmetro da ansiedade, indicando-o como perturbável e muito ansioso enquanto os demais parâmetros encontravam-se dentro da média. Finalmente nos estilos de resposta pudemos verificar que para a manipulação de imagem e na interferência os resultados apontaram para a média, mas a aquiescência, determinou pela sua alta pontuação, uma tendência para as respostas “sim”. Inventário de Depressão de Beck (anexo B) apresentou um resultado de depressão moderada, assentando numa avaliação de vinte e sete valores.

**Avaliação dos Processos Cognitivos**

Na segunda sessão, o paciente efectuou a prova da figura complexa de Rey (anexo B), duas etapas, sendo a primeira a da cópia (onze pontos) e a segunda a da reprodução (cinco pontos), entre as quais existiu um intervalo de mais ou menos três minutos, onde sobre o seu ar cansado, naturalmente para que servisse como interferência para a segunda etapa. O tempo de realização da prova completa foi inferior aos vinte e cinco minutos previstos na literatura. A cópia da figura foi efectuada muito pouca exactidão e a reprodução apresentou-se num tamanho minúsculo e sem cotação possível.

Na terceira e última sessão foram aplicados os subtestes da WAIS (anexo B). Primeiro, o subteste do vocabulário (quinze pontos), onde apresentou um baixo desempenho, que está relacionado também a um contexto escolar limitado. Seguidamente, a memória de dígitos, apresentando sequências numéricas para repetição directa e no sentido inverso. Com um desempenho baixíssimo, basicamente nulo nos dois sentidos do teste (dois pontos) e no código não ultrapassou mais de três itens, após os sete de exemplificação. Finalmente a testagem do Mini Mental State (anexo B), onde obtivemos doze valores.

Após avaliação do doente, poderemos constatar que numa análise detalhada dos exames o Sr. Martins apresentou um discurso não fluente, do tipo afásico, com manutenção de capacidades de nomeação, repetição e de compreensão de material verbal e escrito. No entanto o fluxo do discurso embora fluente está lentificado pela lesão adjacente na área de broca, como mostra a imagiologia, sendo agravada esta situação por uma hemiparésia do lado direito, comprometendo a escrita em termos de produção.

A capacidade menésica da memória imediata está pouco mantida, em termos de repetição de dígitos, embora a capacidade de reversibilidade tenha sido bastante igualmente baixa, não indo além dos dois dígitos, mostrou-se pouco concentrado e com algumas dificuldades para gerir a ansiedade. **Enquanto que a figura complexa de Rey evidencia uma fraca percepção e alteração da concentração para estímulos visuo-grafo-espaciais e uma memória visual mantida.**

**O paciente apresenta ainda alteração na memória verbal com inferência breve, para palavras isoladas, a memória lógica e a capacidade de aprendizagem apresentam-se também com alterações. Evidencia alguns sinais de disfunção pré-frontal, pois apresenta uma limitada capacidade de iniciativa verbal, manutenção da capacidade e do planeamento e execução de actividade sequencial. A sua capacidade de crítica a uma situação absurda está limitada e o cálculo mental simples mantido, embora o cálculo elementar escrito se encontre alterado. Estes últimos aspectos surgem da testagem informal, uma vez que o doente apresentava sinais de cansaço ao fim de 20 minutos da testagem em qualquer uma das três sessões necessárias para tal. O Mini Mental State poderá dar indicações, devido ao seu baixo valor, de uma possível síndrome demencial.**

**Conclusões e Plano Terapêutico**

**Em termos de personalidade,** salienta-se os valores apresentados fora do enquadramento médio. A estabilidade do indivíduo considera-se reactiva e emocionalmente instável. No parâmetro da atenção às normas apresentou-se inconformista, pouco cumpridor e indulgente. Na apreensão os resultados apresentam-no como apreensivo, inseguro e preocupado. Na abertura à mudança o teste indica-o como uma pessoa tradicional e agarrado ao que lhe é familiar. Em termos globais, o resultado mais evidente é o parâmetro de extroversão, indicando-o como introvertido e socialmente inibido e na dureza, apresenta-o como uma pessoa dura, firme, inflexível, fria e objectiva, enquanto os demais parâmetros encontravam-se dentro da média. Nos estilos de resposta pudemos verificar que para a manipulação de imagem e na interferência os resultados apontaram para a média, mas a aquiescência, determinou pela sua alta pontuação, uma tendência para as respostas “não”.

**A avaliação neuropsicológica possível parece revelar um quadro de dismenésia. Apresenta dismenésia para factos recentes associados a uma baixa capacidade de concentração, o que condiciona a sua capacidade de aprendizagem de novas tarefas. Simultaneamente, apresenta um quadro de alterações emocionais de cariz depressivo. Estes défices cognitivos e funcionais, bastante acentuados, parecem interferir de modo significativo, na execução das tarefas básicas da vida diária, dependendo de terceiros para executá-las.**

**São ainda mais acentuadas as consequências quando o paciente tem, por afasia, uma maior dificuldade de comunicar e sobretudo de se expressar, devido à lentificação e má articulação das palavras, gerando ansiedade e alguma impulsividade nos seus actos. Neste caso sentimos uma verdadeira limitação, pois pensamos que deveria ter sido aplicada toda a WAIS em conjunto com outros testes que pudessem confirmar de forma mais efectiva os resultados.**

## Reabilitação Neuropsicológica

O trabalho deste plano de reabilitação foi efectuado em sessões de cinquenta minutos, uma vez por semana. Lamentavelmente a falta de disponibilidade de deslocação deste doente acabou não só por tornar o tempo de trabalho bastante limitado como também não nos foi possível poder trabalhar em paralelo com a fisioterapia, nem com a psiquiatria.

Neste plano de reabilitação, que não foi além das vinte sessões, foram trabalhadas, principalmente as seguintes funções: atenção, memória e linguagem. Embora as demais funções cognitivas estejam mantidas ou em melhores condições que aquelas que iremos trabalhar, estes mesmos exercícios, poderão potenciar práticas de planificação, consciencialização dos processo, auto monitorização, predição de consequências, avaliação de resultados, tomada de decisões, verificação e preparação das respostas e integração de efeitos da acção.

Do ponto de vista da atenção, trabalhamos durante as primeiras cinco sessões. Tenteamos reverter algumas dificuldades em nomear objectos quando solicitados inadvertidamente, assim atendemos ao facto do paciente ter apresentado na testagem valores abaixo dos valores normais padronizados para este item, assim foi proposta a integração, na reabilitação deste doente, de estimulação à atenção no aspecto mais amplo.

Nas duas primeiras sessões, apresentamos quadros ao paciente com 30 quadrado, 22 dos quais estavam preenchidos (aleatoriamente por números e os restantes encontravam-se em branco (a numeração foi feita do 1 ao 30 e os números estavam *colados* ao tabuleiro), solicitando-se ao paciente sua reorganização de forma ascendente ou descendente, completando os quadrados sem número.

Nas seguintes três sessões, apresentamos séries de vinte e quatro cartas, com doze figuras diferentes e originais, sendo que as outras doze cartas eram o par repetido de cada original. A série era apresentada em forma de quadrado com seis filas de quatro cartas, viradas para baixo e distribuídas aleatoriamente. O paciente ia levantando uma carta de cada vez na tentativa de encontrar o par e depois de encontrá-lo, retiravam-se as duas cartas do exercício. Efectuamos puzzles apropriados à sua dificuldade de atenção. Trabalhamos a nomeação de ditados populares com algumas palavras trocadas para que o paciente as identificasse, emendando o erro. Apresentamos desenhos incompletos para que o paciente encontrasse o que estava em falta (por exemplo uma porta sem fechadura).

De forma a se poder fazer algum trabalho, não presencial, isto é em casa, foram recomendados exercícios rotineiros, como a leitura de jornais, revistas, livros ou que lesse aquilo que lhe despertasse mais interesse afim de que a leitura fosse mais motivada, efectuando posteriormente breves resumos escritos (ou contados a um familiar). Entregávamos alguns exercícios apenas para preencher ou fazer do tipo, de folhas com sequência de letras maiúsculas e minúsculas, das quais pedíamos para circunscrever as palavras maiúsculas ou minúsculas.

O paciente apresenta acima de tudo algumas dificuldades de nomear objectos, no entanto, estes fenómenos poderão apresentar-se como um fenómeno paramenesico e por essa razão apresentamos também exercícios de estimulação e reabilitação da memória, quer em termos visuais, quer em termos auditivos. Os resultados da testagem neste item apresentaram também valores inferiores aos valores padrão, assim praticamos alguns exercícios lâminas com os nomes das cores, mas cujo nome está escrito com uma cor diferente daquela que deveria designar (por exemplo, escrevemos a palavra vermelho em cor verde e esperamos que a nomeação seja correcta sem que a cor interfira com a memória do significado da palavra). Exercícios onde pedíamos ao paciente para efectuar uma contagem decrescente desde o número cinquenta, reduzindo sempre quatro algarismos (cinquenta – quarenta e seis – quarenta e dois).

Em outras cinco sessões tentamos avançar no grau de dificuldades dos exercícios, assim com diferentes símbolos que se repetem sem qualquer padrão, escolhemos três dessas figuras e pedimos ao paciente para contar cada uma das figuras pedidas à sua vez (é importante controlar o tempo para perceber a variabilidade da memorização dos objectos, desde o primeiro até à contagem do terceiro objecto, uma vez que existe já o conhecimento de todo o quadro). Num teclado numérico (calculadora) deixamos o doente visualizar a disposição dos números (na disposição standard, sem qualquer alteração), tapamos o teclado com algo opaco e vamos pedindo-lhe para digitar os números que vamos nomeando, sendo que o paciente pode ir verificando os seus erros no ecrã e com a continuação dos pedidos poderemos estimular assim a memorização dos números apresentados no teclado). Apresentamos alguns cartões com imagens de animais e falamos sobre os ruídos que os mesmos emitem quando estão a comunicar, seguidamente apresentamos o estímulo sonoro desse ruído e pedimos ao utente para identificar, no cartão, qual o animal em questão.

Nas últimas duas sessões das dez primeiras, foi pedida a participação dos familiares, pedimos assim ao paciente que no final de cada dia nos faça um resumo do que ocorreu durante nesse mesmo dia, que os comente com os familiares e depois de comentado que faça observações em relação aos comentários feitos pelos familiares.

Relativamente à linguagem a reabilitação apresentada foi igual à reabilitação do Sr. Cardoso, sendo qua apenas contamos com dez sessões para efectuar o mesmo trabalho, pois estes dois tipos de afasia têm em comum esse factor mais ligado à articulação, por esse motivo a estimulação tem de ser efectuada em todas as partes envolventes da linguagem, desde a verbal à escrita e no que diz respeito à verbal, temos também de trabalhar a respiração, sucção e articulação. De salientar que todos os exercícios aplicados em sessões de cinquenta minutos foram acompanhados por exercício de reabilitação do RehaCom e foram também eles ajustados conforme as alterações apresentadas pelo paciente.

**Reavaliação Psicológica e Discussão de Caso**

No segundo momento de testagem deste paciente não se repetiu o teste de personalidade 16 PF 5, nem o Mini Mental State devido as suas alterações agravadas de saúde na altura da testagem. Ainda assim, tentamos efectuar a figura Complexa de Rey a qual o doente apresentou-se pouco cooperante, acabando por não o efectuar. Nos subtestes da WAIS (anexo B) que conseguimos efectuar, o vocabulário (doze valores) e a memória de dígitos (quatro valores), apresentaram resultados idênticos à primeira testagem, com uma leve tendência para um menor desempenho. Finalmente, aplicamos uma vez mais o Inventário de Depressão de Beck (anexo B), onde obtivemos um resultado superior, de trinta e quatro valores, indicando uma depressão possivelmente severa. Assim o doente foi reencaminhado para a psiquiatria pela equipa médica, após termos analisado os testes psicológicos e trocado impressões sobre aquela que foi a observação dos profissionais de saúde intervenientes no caso.

Parece-nos que este caso consegue ilustrar bem aquilo que é a falta de uma equipa multidisciplinar, o quanto é fundamental a motivação e o apoio familiar, bem como o essencial que é o tempo disponível para um acompanhamento eficaz. Um doente que devido a todas estas limitações teve uma recuperação baste aquém daquela que poderia ter conseguido.

**Discussão e Análise dos Casos**

Como pudemos verificar a proximidade dos casos foi apontada pelas limitações comunicativas de ambos os doentes. Foi assim, possível verificar a questão principal destes doentes esteve de facto no aspecto biológico, no entanto o quadro sintomatológico apresentou em ambos os casos limitações de comunicação. Estas limitações como pudemos observar são bastante difíceis de superar por parte dos doentes, situações em que não podem fazer aquilo que fazemos diariamente sem nos aperceber-mos da importância que tem o facto de conseguir-mos dizer aquilo que precisamos, pretendemos ou sentimos. Em ambos os casos, pelas limitações cognitivas tivemos de acrescer a essa dificuldade de comunicação a própria dificuldade de recuperação de memórias ou a dificuldade de manter a atenção. As dificuldades de comunicação são o principal factor para uma diminuição de autoestima e consequentemente para a desmotivação.

Claro que nestes dois casos percebemos o quanto é fundamental a vivência do doente, o conhecimento e o que faziam antes de se tornarem pessoas com limitações por patologia craneo-encefálica. Saber quem eram estes homens antes de ficarem doentes e ter conhecimento da reserva cognitiva que cada um possui, dando-nos uma mais ampla visão para a construção mais adequada de um plano de reabilitação. No entanto, foi fundamental conhecer a história destas pessoas para que pudéssemos entender e orientar da melhor maneira todas as sessões tentando principalmente encontrar motivação e bem-estar para os doentes, promovendo a sua autoestima.

Outro dos factores fundamentais nestes casos é o apoio da família, é fácil de perceber como no caso Martins a falta de apoio da familiar e o peso dos factores que o afastavam da mesma foram tão negativos para a sua autoestima e motivação, que se reflectiram fortemente, quer nos parecer, na sua recuperação. Numa outra perspectiva, no caso Cardoso, podemos reflectir como a família poderá ter sido importante na sua recuperação, bem como a importância de ter toda uma equipa disponível para formar toda uma imagem global da sua patologia e recuperação.

Como foi possível verificar ao longo da apresentação destes dois casos, diversos foram os factores que permitiram uma recuperação mais consistente e rápida. Neste sentido importância ou não das equipas multidisciplinares levam-nos a duas questões fundamentais, uma conceptual e uma fenomenológica, embora a designação não seja importante, mas sim o acto que promovem. Do ponto de vista conceptual, a multidisciplinaridade confunde-se muitas vezes com a interdisciplinaridade. O que queremos dizer com isto, que pouco ou nada mudou neste ponto. Os profissionais de saúde continuam a interagir interdisciplinarmente, pois os médicos trocam ideias com os médicos, os enfermeiros trocam ideias com os enfermeiros, os psicoterapeutas trocam ideias com os psicoterapeutas e por aí adiante. Conceptualmente, o que se procura é que profissionais de determinadas áreas troquem informações com outros profissionais de outras áreas, o que de facto acontece muitas vezes entre médicos e enfermeiros, mas que não acontece com os psicólogos, a multidisciplinaridade destes casos carece de entendimento fenomenológico.

A importância da multidisciplinaridade ficou patente nestes dois casos, a emergência de que este conceito se aplique amplamente em todos os doentes para que se tenha uma visão mais global, gostemos ou não, pois quando este não existe o único prejudicado é o paciente, uma vez que os profissionais de saúde muitas vezes não cumprem o seu papel de uma forma integral, ignorando opiniões que podem ser importantes. No nosso entender e fruto desta experiência, cada vez mais os especialistas são mais especialistas de algo e consequentemente cada vez mais perdem uma visão global do todo, em termos de pessoa e não unicamente de ser humano ou de ser biológico. Como pode alguém diagnosticar alguma doença a outra pessoa sem que a conheça, sem que conheça os seus hábitos, os seus problemas, a sua relação familiar, os seus gostos. Claro que tal não é função de apenas um profissional de saúde e em virtude de tanta especialização, a multidisciplinaridade poderia trazer a solução do problema, um olhar global fruto da partilha de partes pertencentes a essa pessoa que precisa de nós para melhorar.

O fenómeno de facto acontece, mas nem sempre como é esperado. Quando vou falar com outro profissional de saúde para trocar opiniões sobre o que está a acontecer com determinado paciente, vou no sentido de apresentar a minha opinião de forma justificada, ouvir a opinião do outro também de forma justificada e com base em toda a fundamentação apresentada discutir possíveis soluções ou alargar o nosso leque de conhecimentos quanto a determinado paciente e então, poder inclusive, consultar outros profissionais ou reuni-los no sentido de se poder estruturar algo mais sólido para a reabilitação do paciente sem que se corram os riscos desnecessários, de que algumas terapêuticas possam pôr em causa a evolução de outras. Ao contrário disso, muitas vezes o que acontece é que quando se pretende discutir uma ideia, somos confrontados com uma explicação. No entanto, encontramos diversos apoiantes desta prática multidisciplinar, mas curiosamente nem os conceptualistas nem os fenomenologistas intervenientes são alvos de um estéreo tipo, isto é, não são os mais novos ou os mais antigos, pelo que percebemos tem apenas a ver com a mentalidade e a segurança que cada um sente em relação à sua área de actuação.

A evolução dos casos foi bastante positiva considerando os gabinetes utilizados por nós para a reabilitação, será importante referir que uma adaptação do espaço a especificidade daquilo que se vai fazer pode trazer uma mais valia para a evolução positiva do doente. Os gabinetes onde trabalhamos são utilizados maioritariamente pelos médicos, embora médicos e enfermeiros sejam os profissionais de saúde mais constantes neste serviço, os enfermeiros têm a sala de enfermagem. Por esta ordem de ideias, os médicos têm os gabinetes e partilham-nos com estagiários, psicólogos, neuropsicólogo, terapeutas da fala, fisioterapeutas, entre outros cuja intervenção seja necessária neste serviço.

Em nenhum momento os gabinetes nos foram negados em função de serem utilizados por outros profissionais de saúde, mas a mensagem está implícita, principalmente na não verbalidade das pessoas. Os gabinetes são utilizados pelos médicos e quando estiverem disponíveis então poderão ser utilizados por outros profissionais de saúde. Embora este facto não nos tenha causado qualquer problema em termos pessoais, são dignos de reflexão. Estamos a falar de doentes com lesões encefálicas, cujo rendimento vai baixando ao longo do dia, devido às limitações impostas pelo funcionamento do cérebro humano e assim sendo, quer a testagem, quer a reabilitação deveriam ter tido a primazia de serem executadas na parte da manhã, o que de facto nunca aconteceu. Para que pudéssemos beneficiar de uma utilização calma e tranquila dos gabinetes tivemos de efectuar quer a testagem, quer a reabilitação durante os períodos da tarde. Sendo que na verdade sabe-se que em termos de habilitação e reabilitação, o melhor horário é o da manhã.

Relativamente aos casos propriamente ditos, poderemos referir que no acompanhamento do Sr. Cardoso que deu entrada nas urgências com queixas de cefaleias e confusão mental acabou por ser internado com um quadro de afasia de Broca e submetido a intervenção cirúrgica. No pós-cirúrgico evoluiu a sua condição linguística para uma afasia global ou mista que após uma breve reabilitação natural estabilizou num quadro afásico de Wernicke acompanhada de uma disartria acentuada. Da sua história bibliográfica detemos os aspectos mais relevantes como a sua incapacidade de manter uma vida profissional ou amorosa estável ou o facto de ter vivido com os pais a vida inteira. Consumidor assíduo do álcool e muito distanciado da família. Concluímos nas primeiras sessões que o paciente tinha grande vontade de melhorar, agora que vivia sem álcool devido aos tratamentos.

Temos de salientar que dos pontos mais importantes para o sucesso da sua reabilitação, dentro daquilo que nos foi possível, foi o facto de ter ultrapassado a sua necessidade do álcool, sendo que o seu síndrome de abstinência foi leve e em todo foi um facto de exclusiva importância para o aumento da sua autoestima, proporcionando-lhe a vontade de recuperar e de querer estabelecer objectivos concretos pelos quais lutar.

Com todas as alterações que a sua vida teve, o facto da família se ter chegado mais, ainda que com muita prudência devido a todo o historial do passado, foi uma mais valia para o doente, concentrando-se naquilo que de bom ainda poderia recolher dos seus. Efectuou uma reabilitação muito limitada no tempo, mas onde o empenho foi a palavra de ordem. A sua reavaliação fez prova de todo o seu esforço e embora tenha melhorada muito, foi aconselhado por nós para seguisse algum acompanhamento psicoterapêutico pelo menos durante o tempo necessário para que conseguisse reorientar a sua vida ou talvez, iniciar a sua vida.

No que concerne ao caso Martins, foi um doente que deu entrada nas urgência com uma hidrocefalia de Pressão Normal, com um quadro adjacente de dois tumores malignos entre outros problemas crónicos, de saúde. Apresentou-se com dificuldades na marcha, incapacidade para suster a urina e com desorientação mental. Quando iniciamos a sua reabilitação, o doente apresentava uma possível afasia de broca e uma disartria.

Este doente conta com uma história de vida bastante dificultada, que para além dos problemas de saúde, o seu único filho é um toxicodependente que acabou por destruir o seu casamento e a sua felicidade, pelo que nos contou. Culpabiliza a mãe do seu filho por tudo o que aconteceu e não integra qualquer culpabilidade da sua parte no duro processo do seu filho, quanto a entrada na toxicodependência. Depois de ter deixado a mãe do seu filho arranjou uma companheira que ainda hoje o acompanha, o apoio de uma irmã a quem ele próprio não deu muita importância durante a sua vida e o desprezo, segundo o mesmo, de uma irmã pela qual fez tudo, como se fosse uma filha.

A recuperação deste doente foi bastante mais difícil, uma vez que o seu tempo era muito limitado e devido a esse factor, não só tivemos muitas menos sessões, metade do que aquelas que teve o acompanhamento do caso Cardoso, como não houve a possibilidade de este doente ser acompanhado em simultâneo por outros profissionais de saúde. Sem o factor de multidisciplinaridade, a evolução foi muito lenta e terminou com um aumento bastante expressivo da sua depressão. A sua instabilidade emocional e a sua tristeza permitiram uma evolução muito limitada, sem dúvida que o acompanhamento psiquiátrico, bem como o acompanhamento psicoterapêutico seriam fundamentais para este doente.

Com o que nos resta evidenciar que o nosso trabalho tem tanto mais sucesso quanto mais estejam os factores biológicos e emocionais controlados, no sentido de que o doente se possa dedicar com empenho à reabilitação. Nesta base de trabalho acabamos por ter pequenas vitórias que promovem a autoestima dos paciente, dando-lhes também mais força para continuar.

# Avaliação Final do Estágio

A testagem neuropsicológica é efectuada, geralmente, em contexto hospitalar, por aquilo que se denomina um *screening*, que surge da necessidade de uma avaliação rápida e contundente. Esta situação acaba por ser bastante evidente devido ao geral estado dos pacientes, acamados, com limitações motoras, afectados emocionalmente, em choque, requerem então uma testagem o menos invasiva possível. Estas situações acima nomeadas são indicadoras de que não deveremos tão pouco utilizar testes tão extensos como aqueles que se utilizam no âmbito da investigação. O facto primordial para uma boa testagem, é que além de ser necessário acesso a múltiplos testes cujo construto seja específico para aquilo que queremos testar, tenhamos também um bom conhecimento funcional do cérebro, para assim, em situações mais delicadas, possamos facilmente determinar qual o hemisfério da lesão, pondo de lado um série de testes que apenas iriam medir a funcionalidade do hemisfério sem lesão e de forma gradual identificar o ou os lobos afectados, testando apenas o necessário.

O grande problema que se põe com o *screening* é precisamente a selecção que se faz dos testes para utilizar. Muitas vezes estes testes ou subtestes não estão aferidos para a população portuguesa, sendo uma lacuna que não se pode simplesmente ignorar. A padronização dos testes, o modo de aplicação, a aferição e todos os itens necessários para se construir um teste e para aplicá-lo, estão definidos a uma população específica, com uma cultura específica, com uma história e uma vivência única para essa determinada população e que não poderemos encontrar em outra população.

No que concerne a testagem encontramos diversos obstáculos, o primeiro foi efectivamente ter acesso aos testes que necessitávamos para poder efectuar uma boa despistagem ou se preferirem uma boa confirmação daquelas que seriam as nossas hipóteses de diagnóstico que foram elaboradas a partir da história clínica, observação neuropsicológica e troca de ideias com outros profissionais de saúde. Primeiramente, não foi possível por meio do serviço ter acesso aos testes pretendidos ou a qualquer tipo de testes, uma vez que o serviço utiliza o *screening* e os testes psicométricos são pertença do departamento de psicologia que devido a sua afluência não tinha disponibilidade para efectuar o empréstimo dos tão necessários testes. Tentámos também, através da nossa faculdade ter acesso aos testes necessários, mas por protocolo aplicado ao empréstimo foi-nos disponibilizado o laboratório para que efectuássemos os testes, mas lamentavelmente devido a questões económicas dos doentes, das deslocações dos mesmos e da disponibilidade horária do próprio laboratório tornou-se impossível levá-los até às instalações do laboratório, até porque ambos os doentes estavam de uma forma ou de outra dependentes de terceiros e essa deslocação implicaria uma responsabilização da nossa parte pelo que pudesse acontecer nesse período de tempo em que não iriam estar acompanhados por familiares e fora do hospital. Assim, a testagem só foi possível, porque um outro profissional de saúde do Hospital Santo António dos Capuchos nos efectuou o empréstimo de alguns testes e subtestes que tinha, para que pudéssemos apresentar a testagem possível dos nossos dois casos.

Fica-nos, essencialmente, no paciente Martins a ideia clara de que teria sido fundamental fazer uma WAIS completa, ainda que no paciente Cardoso teria sido também positivo, entre outras situações que poderiam ter uma melhor avaliação quantitativa do que aquela que apresentámos. Fora a testagem dos nossos dois casos que aqui apresentamos efectuámos variadíssima testagem ao longo do estágio, mas aplicando o *screening* do hospital, cuja explicação teórica não é possível, pois o seu conjunto suporta testes sem aferição à população portuguesa. No entanto gostaria de salientar que além desta perspectiva deveríamos também dar atenção a algumas alterações que este tipo de *screening* recebe do ponto de vista da ordem que é dada ao paciente e da forma como as mesmas são executadas. Internamente são muitas as alterações para adaptar as escalas apresentadas no *screening* à realidade do doente, que muitas vezes se encontra acamado ou incapacitado de poder cumprir determinado subteste e então alteram-se as ordens e a execução, pondo também em causa a veracidade do resultado apresentado.

Claro que seria de uma terrível injustiça não referir que nos casos mais complicados de doentes limitados do ponto de vista motor ou incapacitados cognitivamente, que são a maioria dos casos neste serviço, que é desumano submetê-los a determinado tipo de testagem. A fórmula passa sempre pelo que aqui também fizemos, embora possa não ser de todo correcto. Quando se fazem testes psicométricos em função de um problema psicológico por norma e para não cansar o doente, os testes são planificados em várias sessões e o mesmo fizemos com os nossos pacientes, embora tenhamos consciência que os doentes estavam a ser testados por disfunção cognitiva provocada por lesão encefálica, ou que se na necessidade de uma avaliação única, pois um encéfalo com lesão, neste momento, não será o mesmo encéfalo com lesão vinte e quatro horas depois, exigindo muita precisão da testagem, quando aplicada. Acontece da mesma forma com outro tipo de testagem, com a neuroimagem por exemplo, quando um médico está com determinada suspeita acerca de uma patologia de um doente, marca os exames e deixa que sejam efectuados parcialmente, mas quando se trata de lesões encefálicas, os exames são efectuados no imediato e por vezes em simultâneo para uma melhor expressão do seu resultado.

Contudo, os nossos dois casos tiveram de ser avaliados em várias sessões não só pelo cansaço que apresentaram após cada sessão, mas também porque não conseguíamos reunir os testes todos para a mesma sessão. Esta dificuldade, de testar os doentes num único momento e o facto de não termos tido a possibilidade de possuir todos os testes necessários para uma avaliação mais exacta levam-nos a duas situações importantes de reflexão. Por um lado e, assim como aprendemos durante a nossa formação de base, os testes devem ter o objectivo único de confirmarem as nossas hipóteses de diagnóstico e nunca de efectuarem um diagnóstico em si. Por outro lado, algo que nos foi dito, mas que lamentavelmente não pode ser ensinado e que de facto se vai adquirindo com a prática, o “olho clínico”. Ter esta consciência na prática foi algo de muito relevante para o meu futuro profissional, certamente. Numa situação hospitalar, onde tivemos de efectuar testagem a uma doente com sessenta e oito anos deparámo-nos com um baixo rendimento em testes que tinham como construto a avaliação da memória, percepção e desempenho, principalmente. Os resultados foram bastante abaixo dos resultados médios padronizados, o que nos levou a ter a necessidade de conversarmos um pouco com aquela paciente. Ao fim de pouco mais de dez minutos de conversa percebemos que, provavelmente por motivos de ansiedade, uma vez que a paciente esperava por uma intervenção cirúrgica que tinha medo de fazer, a paciente não conseguia dormir há pelo menos dois dias. Falamos com a enfermaria e esta com a equipa médica que estava a seguir a paciente e assim foi medicada de forma a poder dormir. Outros dois dias depois, voltamos e testamos uma vez mais a doente, com resultados surpreendentemente melhores. Os testes medem, mas não são capazes de relacionar aquilo que só o bom “olho clínico” consegue fazer, embora nos falte muita experiência. Ficamos extremamente satisfeitos com situações como estas, onde conseguimos ser capazes de nos pormos no lugar do doente, empaticamente e perceber o que a pessoa está a sentir ou a passar e assim podê-la ajudar de forma concreta.

Tivemos contacto com outro grande problema da testagem em contexto hospitalar, as enfermarias. Quando é pedida a testagem neuropsicológica, nem sempre o paciente está em situação de se poder deslocar, o que faz com que se ponha em causa um dos principais parâmetros da testagem, o *setting* e consequentemente a privacidade do doente. Foram varias as vezes em que tivemos de testar doentes em enfermaria, onde os outros doentes ouvem e observam a pessoa testada, onde entram e saem constantemente outros doentes, profissionais de saúde e por vezes familiares, o que acaba por contaminar o resultado da testagem e quase sempre de forma negativa. A vergonha ou inibição não são os únicos obstáculos, muitas vezes os doentes estão cheios de dores, ou estão completamente sedados, ou medicados de forma a reduzirem as suas capacidades cognitivas, o que não só se irá reflectirá nos testes, como darão uma ideia errada da possível ou possíveis disfunções do paciente.

Pior que qualquer uma destas situações é ver um paciente a mais, pelo facto de estar a ser testado, provocando irritabilidade e por vezes medo. Recordo-me de um caso em que o doente já se encontrava a espera de cirurgia há mais de uma semana e devido aos casos prioritários este doente acabou por ver a sua cirurgia adiada várias vezes. Quando fui avaliá-lo percebi, desde logo, a sua indisponibilidade para tal, expliquei o objectivo da avaliação e o paciente acabou por demonstrar níveis muito altos de ansiedade, dizendo que não percebia o que se estava a passar, pois entrara para uma cirurgia simples a uma hérnia discal e já estava há mais de uma semana a fazer exames médicos. Agora tinha de fazer exames psicológicos e quase em pânico perguntou-me o que se estava a passar, realmente. Abandonei de imediato a testagem e juntamente com um dos médicos da equipa responsável daquele paciente, estivemos a conversar no sentido de tranquilizá-lo.

O aspecto humano foi central em todo o nosso estágio. Passou em primeiríssimo lugar pela escolha dos pacientes que iríamos estudar. Seriam necessárias autorizações das equipas médicas, consentimentos das chefias de enfermagem e dos familiares, o que se resume ao procedimento mais natural em circunstâncias como estas. O verdadeiro obstáculo é a natureza das disfunções cognitivas destes doentes com lesões encefálicas. Queríamos, claro está, apresentar principalmente doentes com perturbações da linguagem e de facto conseguimos, mas foi um trabalho árduo. Muitos doentes com lesão encefálica dão entrada no hospital com diversas disfunções cognitivas que são muitas vezes originadas por pressão intracraniana, devido a derrame ou abcesso e muitas vezes, devido a traumatismos, que também trazem disfunções temporárias. A maior parte dos doentes, depois de operados passam a não apresentar mais o quadro sintomatológico com o qual entraram e por vezes desaparecem ou alteram-se as disfunções cognitivas. Alguns destes doentes, como alteraram o seu quadro ou modificaram-no, apresentamo-nos no ponto “Actividades de Trabalho em Estágio”, no “Serviço de Urgências do São José”, por serem também, casos bastante interessantes para estudo científico.

Tivemos de testar muitos doentes para que fosse possível apresentarmos dois casos onde a perturbação da linguagem se mantivesse. Mas, a reflexão das questões humanas não termina aqui, pelo contrário, entramos naquele que deverá ser o ponto crucial da reflexão de grande parte deste trabalho. Os casos que apresentámos aqui são dois grandes exemplos de realidades tão distintas como quase sempre é a teoria e a prática. O caso Cardoso apresentou todas as conformidades necessárias pela teoria, para poder ser um caso de sucesso, em termos de reabilitação cognitiva. Apoio familiar, acompanhamento multidisciplinar, motivação e no conjunto uma vontade grandiosa de desencadear a sua tendência actualizante, procurando uma viragem positiva no seu ser. No caso Martins, o exemplo concreto da prática, onde na verdade, grande parte dos doentes não têm apoio familiar, muito menos equipas multidisciplinares ao seu dispor, tempo e acima de tudo vontade para mudar.

Evidentemente que esta experiência foi também muito enriquecedora, não só pelos casos que apresentamos, mas também por todos os casos que acompanhamos ao longo de basicamente um ano de serviço hospitalar. Salientando os serviços de urgência, onde descobrimos a capacidade de algumas pessoas em superar as suas limitações. Foi de extrema importância para nós poder reconhecer o trajecto pelo qual um doente tem de passar até que chegue ao momento da reabilitação e assim compreender o porque de tantas vezes serem pessoas que nos chegam com tão baixas espectativas quanto a sua recuperação.

Finalmente, mas não menos fundamental, foi a percepção que ganhamos das alterações e mudanças possíveis dos quadros clínicos que envolvem as disfunções encefálicas. Entender como uma afasia pode desenvolve para um quadro mais restritivo e porque, é fundamental para que possamos descrever um trajecto mais adequado ao doente. A riqueza de todo este estágio esteve na diversidade de casos e situações que acompanhamos, percebendo definitivamente, que cada ser é um ser único e incomparável.

# Conclusão

Antes de mais, devo dizer que este estágio acabou por proporcionar grandes momentos de aprendizagem. Confrontar o potencial teórico que recebemos durante praticamente cinco anos, com uma realidade prática, onde nunca nada é exactamente aquilo que esperamos, que ouvimos, ou que sabemos, foi de facto enriquecedor. Um teste pessoal à resistência psicológica dos factos que teremos de enfrentar no nosso dia-a-dia como profissionais da psicologia, uma pré experiência do que será o nosso futuro e o valor exacto do nosso investimento até aqui.

Do ponto de vista da aplicação dos nossos conhecimentos teóricos no aspecto prático da psicologia, devo confessar que fui surpreendido com o facto da extrema necessidade de nos centrarmos na pessoa. Para este trabalho efectuei uma grande revisão literária, onde algumas vezes questionei os pilares da minha orientação, onde por vezes acreditei que poderiam existir formas mais breves de aplicação que proporcionassem resultados mais rápidos e de facto essas formas existem, mas as expectativas são defraudadas quando nos confrontamos com os resultados. O resultado tem de se apresentar com a máxima qualidade possível, e aprendi, que para tal, além dos muitos factores envolvidos, é necessário o tempo preciso para uma maturação saudável.

Não me foi possível falar neste trabalho, tanto quanto gostaria, sobre Rogers devido a limitação de páginas e as muitas referencias teóricas que tive de efectuar para que se entenda minimamente as questões biológicas e funcionais, mais básicas, do nosso cérebro. No entanto, todo o fundamento teórico da aprendizagem que fiz no procedimento psicológico Centrado na Pessoa não tem precedente ou consequente, são as bases fundamentais da forma como encaro a psicologia. Não necessito de qualquer enquadramento teórico para acreditar na tendência actualizante que cada um de nós possui e penso que consegui transmitir isso mesmo neste trabalho, foi-me dado o privilégio de constatar a teoria neste sentido.

A neuropsicologia é uma paixão e com esta paixão aprendi que para centrar-se na pessoa não basta conhecer os mecanismos do cérebro ou as funções cognitivas da pessoa. Poderá parecer um contra-senso, mas foi na neuropsicologia que aprendi o quanto é importante a história de vida das pessoas, o quanto é importante saber o que importa à pessoa, ou por quem se importa esta pessoa. A neuropsicologia possibilitou-me a oportunidade de poder observar e participar em práticas que comprovam seriamente que toda a pessoa tem o seu potencial de desenvolvimento e o quanto é importante estarem motivadas, serem ouvidas e compreendidas para que possam fazer recuperações por vezes impensáveis.

Como podemos também constatar do nosso enquadramento teórico, o cérebro é todo ele um mecanismo dinâmico, que como vimos em qualquer um dos casos apresentados, uma lesão numa determinada área não implica o desaparecimento total de determinada função, mas apenas uma parte dessa mesma função. As áreas funcionais estão interligadas no seu trabalho, como pudemos ver, uma lesão na área motora cria uma dificuldade na comunicação, bem como uma lesão ao nível de algumas áreas que não correspondem as áreas motoras. Por essa mesma razão existe uma grande diversidade de afasias, mas hoje, dentro das próprias afasias já se especifica o nível, por exemplo, existem já seis níveis ou tipos de afasias de Broca.

A reabilitação também vem provar grande parte de um outro tema da teoria, a plasticidade e a reserva cognitiva. Pudemos verificar, na prática, o quanto é importante saber o que era aquele indivíduo com quem vamos trabalhar, antes de ter adquirido uma determinada lesão. Esta questão da reserva cognitiva, bastante falada na actualidade, não só nos ajuda a ajustar o tipo de reabilitação, como de alguma forma, nos permite fazer uma previsão daquilo que não será possível que o doente faça independentemente da reabilitação que faça. No caso Martins como podemos verificar, por ter trabalhado durante toda a sua vida na restauração será preditivel que volte a fazer contas de forma natural, mas em contra partida, como já não era uma pessoa de grandes escritas, com certeza que continuara a ser um ponto frágil deste doente, mesmo depois da reabilitação. Algo que se constatou muito bem na testagem psicológica.

Dos inúmeros casos acompanhados neste estágio, uns mais profundamente enquanto outros foram muito ao de leve, a verdade é que conseguimos verificar vários aspectos relativamente à contextualização teórica. O processo de avaliação é extremamente importante, pois sem uma boa avaliação não é possível um diagnóstico e menos possível será efectuar uma boa reabilitação quando não temos a certeza do seu diagnóstico. No entanto, deveremos referir que a história clínica tem um valor fundamental para que possamos conhecer o percurso de vida do doente e assim entender algumas situações que até possam parecer desadequadas e acima de tudo para podermos ajustar quer a avaliação, quer a reabilitação ao nível mais adaptativo do doente, evitando a frustração de não conseguir efectuar tarefas que lhe pedimos para executar.

Reconhecemos por entre todos os casos a necessidade de se ter muito bem presente as noções básicas do sistema nervoso, indispensável para entender as alterações funcionais, ainda assim, dos sistemas funcionais, aquilo que mais nos chamou a atenção foi a característica dinâmica que o cérebro detém. Se não vejamos, como uma afasia de Broca não imobiliza totalmente a funcionalidade motora da linguagem? As redes neuronais, embora se organizem de uma forma sistemática em determinadas áreas, as suas ligações permitem muito mais que a limitação de espaço para as funções. Na verdade, todos os exemplo levaram-nos ao entendimento do dinamismo do cérebro, sendo que não encontramos nenhum caso que a localização da lesão apresenta-se uma disfunção integral da área.

No decorrer deste estágio e em paralelo com as questões funcionais, foi muito importante verificar como as funções cognitivas dos doentes se associam tanto as questões da personalidade, ou da identidade se preferirmos. Ainda mais relevante, principalmente no contexto onde estagiamos foi a noção de plasticidade e de reserva cognitiva. Quanto à reserva cognitiva são muitos os exemplo que poderíamos referir, por exemplo, recordo-me num dos bancos de urgência surgiram dois casos de AVC vascular, de sexos opostos, mas com idades muito similares, acima dos cinquenta anos. No caso da doente que embora tivesse uma ressonância onde não se apresentavam basicamente indícios de hipertrofia do cérebro e no caso do outro doente, existia muitos sinais de hipertrofia, quando avaliados, no caso da doente a avaliação apontava para um síndrome demência, enquanto a do outro doente, embora com um cérebro mais hipertrófico, apresentou uma avaliação normal. Daqui partimos para a verificação dos dados que tínhamos destes doentes no processo clínico e a única explicação que encontramos tem a ver exactamente a reserva cognitiva, uma vez que no caso da nossa doente esta era dona de casa sem que consta-se nenhuma outra actividade que exercita-se as suas funções cognitivas, enquanto o outro doente tinha como profissão merceeiro, proprietário de uma mercearia na terra.

Relativamente à reabilitação neuropsicológca, o nosso principal objectivo é o de promover maior bem estar na vida dos pacientes e familiares, tentando assim, otimizar as suas funções cognitivas que estejam total ou parcialmente preservadas, aplicando estratégias para uma adaptação que tenda a tornar-se acima de tudo funcional para os nossos doentes. Em qualquer um dos sois casos que apresentamos tentamos sempre oferecer uma postura funcional ao doente, para que este possa promover a sua autonomia e independência o mais que lhe seja possível. Do processo de reabilitação pretendemos proporcionar ao doente uma conscientização a respeito das suas reais capacidades em função das suas limitações, pretendemos com essa conscientização o doente tenha uma melhor aceitação da sua nova realidade.

Relativamente às patologias da linguagem, foi bastante claro para nós o sofrimento que estas trazem aos doentes. No caso do doente Cardoso, na fase inicial, toda a sua aginia quendo tentava comunicar e não conseguia. Principalmente na afasia de Wernicke onde a articulação da linguagem está intacta, mas a compreensão comprometida é extremamente complicado. Principalmente quando o doente tem consciência de que está a dizer as coisas de forma correcta, mas que na realidade não está, e nós não o conseguimos compreender. Qualquer limitação, por mais pequena que possa parecer, em termos de linguagem, pode ser um verdadeiro abismo para a comunicação e consequentemente para a vida do paciente.

Finalmente, um ponto que nos despertou toda a atenção, a importância de estarmos centrados no paciente, a importância de tratarmos cada pessoa por aquilo que ela realmente é e experienciou na vida, em vez de se ter uma postura standard para todos os doentes. Conecer os doentes pode implicar toda a diferença, situações como o doente apresentar alucinações ou desorientação porque está em síndrome de abstinência, só é possível se conhecer-mos esse doente. Entender as suas preocupações e orientar toda a reabilitação para aquilo que lhe é mais familiar pode realmente ser a chave para uma reabilitação com muito mais sucesso do que aquela que teremos se utilizar-mos uma postura igualitária para todos os doentes que tenhamos de reabilitar.

Uma combinação perfeita na minha humilde opinião, o conhecimento dos mecanismos funcionais do cérebro cientes da realidade vivencial do corpo, aliados à consciência racional e emocional dos nossos comportamentos. Não é de todo uma opinião original, pois pelo que pude confirmar nas minhas pesquisas já se fala desta feliz combinação. Lamentavelmente ainda se fala em voz baixa, talvez por vergonha de dizê-lo mais alto. Não me sinto em nada comprometido, antes pelo contrário, comprometido apenas com o meu futuro, onde espero dedicar-me a aquilo que eu gosto de denominar Neuropsicologia Centrada na Pessoa.

Posso ser mal interpretado por expor esta opinião como conclusão do meu trabalho final para obtenção do grau de mestre numa faculdade com orientação rogeriana, mas se tentasse expor aquilo que poderia ser esperado socialmente, não só poderia cometer o erro de dizer um grande disparate, como estaria contrariando um dos meus mais importantes princípios morais, dizer sempre o que sinto. Não faria sentido de outra forma, caso não acreditasse na pessoa, assim como acredito em mim, e espero, que futuros trabalhos meus possam vir a confirmar o melhor do que aqui aprendi e que acredito, numa neuropsicologia centrada na pessoa.