



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA QUE SOFREU  
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: VÁRIAS PERSPETIVAS  
PARA UMA MESMA REALIDADE

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de mestre em Neuropsicologia

Por:

Ivo Miguel Rodrigues Rocha

(Lisboa, 2012)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA QUE SOFREU  
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: VÁRIAS PERSPETIVAS  
PARA UMA MESMA REALIDADE

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de mestre em Neuropsicologia

Por:

Ivo Miguel Rodrigues Rocha

Sob a orientação: Professora Doutora Maria Emília Pinto dos Santos

(Lisboa, 2012)

## Resumo

Os traumatismos crânio-encefálicos constituem um dos grandes problemas de saúde pública, principalmente na população adulta jovem. Este facto é preocupante, pois uma das principais consequências após a lesão é a dificuldade em ingressar/reingressar no mercado de trabalho, devido especialmente a problemas cognitivos e comportamentais. Porque o emprego é considerado como uma das áreas de participação mais importantes para as pessoas em idade adulta, é objetivo deste trabalho identificar que dificuldades estão a ser mais impeditivas para o regresso ao trabalho, tanto do ponto de vista da pessoa que sofreu a lesão, como de um familiar próximo, e comparar estas perspetivas com os resultados da avaliação neuropsicológica. Para tal, foi realizado um estudo qualitativo com cinco pessoas que sofreram TCE e respetivos familiares. Para além da avaliação neuropsicológica, foi realizada uma entrevista semiestruturada, de forma separada a ambos os intervenientes, e passado um questionário (EBIQ-European Brain Injury Questionnaire, versão portuguesa, Santos *et al.*, 2001), também a ambos, destinado à avaliar a experiência subjetiva de vida. Cada caso foi analisado de forma individualizada, tendo-se verificado em todos uma discrepância entre a opinião dada pelo indivíduo lesado e pelo seu familiar. No geral, os indivíduos que sofreram TCE mostraram uma elevada falta de *insight* acerca das suas dificuldades, especialmente comportamentais, sendo estas realçadas pelos familiares como as que maior impacto têm para o seu regresso ao trabalho. A avaliação neuropsicológica mostrou que existem mais dificuldades cognitivas do que as que foram relatadas pelos próprios avaliados, mas também pelos seus familiares. Assim, a discordância de opiniões e sobretudo a falta de conhecimento da situação concreta, por parte da pessoa que dá apoio, o familiar, pode em muito contribuir para o não regresso ao trabalho e por tentativas frustradas de reingresso, devido a expectativas irrealistas. Assim, o não regresso a uma atividade produtiva, mesmo de nível inferior ao pré-mórbido, resultará de múltiplos fatores, para além das incapacidades propriamente ditas, como a falta de informação dos familiares e a falta de apoios fornecidos, tanto ao indivíduo que sofreu TCE, como à sua família pelas equipas de reabilitação.

*Palavras-chave:* TCE; emprego; formas de avaliação

## Abstract

The traumatic brain injuries are a major public health problem, especially in the young adult population. This is cause for concern because one of the main consequences after injury is the difficulty in entering / re-entering the job market, especially due to behavioral and cognitive problems. Because employment is considered as one of the most important areas of interest to people in adulthood, the objective of this work is to identify difficulties that are being further impediment to the return to work, both from the point of view of the person who suffered the injury, like a close member of the family, and compare these perspectives with the results of neuropsychological assessment. To this purpose, we conducted a qualitative study with five people who have suffered TBI and their respective families. In addition to the neuropsychological assessment, a semistructured interview was conducted, separately for both respondents, and a questionnaire (EBIQ-European Brain Injury Questionnaire, Portuguese version, Santos *et al.*, 2001), designed to assess the subjective experience of life. Each case was analyzed individually, and all of them showed a discrepancy between the opinion given by the injured individual and their family. In general, individuals who have suffered TBI showed a high lack of insight about their difficulties, especially behavioral, which are highlighted by relatives as the ones that have the greatest impact for their return to work. Neuropsychological assessment showed more cognitive difficulties than those that were reported by the assessed, but also by their relatives. Thus, the disagreement of opinions and especially the lack of knowledge for the actual situation, in relation to the family, can greatly contribute to no-returning to work and failed attempts at re-entry due to unrealistic expectations. Thus, no-returning to a productive activity, even below the pre-morbid level, is the result of multiple factors, in addition to the disabilities, such as lack of information and lack of family support provided to both the individual who suffered TBI, and his family by the rehabilitation teams.

Keywords: TBI; employment; assessments methods

## Agradecimentos

Gostaria de agradecer às seguintes pessoas por terem tido um contributo importante na realização deste trabalho:

Professora Doutora Maria Emília Santos pela ajuda e orientação, mantendo-me sempre com os pés assentes na terra e com as ideias dirigidas para o sítio correto;

Inês Lames pelo carinho, compreensão, paciência, apoio e ajuda em todas as fases de realização da dissertação;

Dra. Ana Paula Silva pelos conselhos fornecidos no estágio e pela ajuda com a recolha da amostra;

Catarina Alves pelos conselhos e partilha de experiência;

Gonçalo Carrasco, pela procrastinação na sua dissertação ajudando na minha;

## Índice

I-Introdução .....	1
1. Traumatismo crânio-encefálico: incidência e consequências .....	2
a) Sequelas físicas .....	4
b) Sequelas cognitivas.....	5
c) Sequelas comportamentais.....	8
2. Importância da avaliação neuropsicológica.....	9
3. Necessidade de apoio e dificuldades dos familiares .....	10
4. A problemática do regresso ao trabalho .....	12
II-Problema em estudo.....	18
III-Metodologia .....	19
IV-Resultados .....	26
V-Discussão.....	40
VI-Conclusões .....	48
VII-Referências Bibliográficas.....	50
VIII-Anexos.....	55
IX-Apêndices.....	64

## Índice de tabelas

Tabela 1. Características socio-demográficas dos participantes que sofreram TCE .....	19
Tabela 2a. Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso JD .....	27
Tabela 2b. Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso PM .....	29
Tabela 2c. Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso JF .....	31
Tabela 2d. Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso AS .....	33
Tabela 2e. Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso TR .....	35
Tabela 3. Das dificuldades que referiu qual considera como mais importante, que tem maior impacto? .....	36
Tabela 4. Relativamente à possibilidade de regresso ao trabalho, quais acha que são as dificuldades mais impeditivas?.....	37

## I. Introdução

Uma grande maioria dos sobreviventes de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) irá ficar com sequelas, mais ou menos graves, que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional. Estas perturbações podem passar por: défices motores e sensoriais, défices cognitivos (e.g. memória, funções executivas, atenção/concentração, linguagem) e alterações no comportamento que levam a incapacidades prolongadas ou permanentes (Bennett & Raymond, 2008). O impacto do TCE na sociedade é preocupante, devido ao facto de cerca de 70% dos indivíduos serem jovens e de ser uma das principais causas de morte em adultos com menos de 35 anos. Acrescente-se, ainda, que o pico de incidência face à idade se encontra no intervalo entre os 15- 24 anos (Bennet & Raymond, 2008). Para tal, contribui a influência de um fator importante: a impulsividade juvenil, a que está associada, neste grupo de alto risco, uma sensação de invencibilidade, uma vontade de testar os seus limites, tanto a nível de condução de veículos, como de experiências com drogas e álcool. Estas atitudes são tomadas sem ponderação das consequências futuras, como é habitual neste grupo etário (Bruns & Hauser, 2003).

Uma das consequências mais marcantes dos TCE, dada a grande incidência em indivíduos adultos jovens, remete para o problema do ingresso ou reingresso no mundo do trabalho (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2000). Este aspeto é importante, não apenas financeiramente, mas na estruturação e estabilidade da vida, fornecendo independência à pessoa. Na verdade, a empregabilidade tem também uma relação forte e consistente com a integração social, dentro da comunidade e na própria vida pessoal (Lezak, 2004).

É difícil fornecer uma percentagem correta acerca das taxas de empregabilidade em pessoas que sofreram TCE, pois os parâmetros das amostras selecionadas alteram-se de estudo para estudo, por exemplo em termos de fatores demográficos, da gravidade da lesão, de défices cognitivos e físicos, do tipo de reabilitação, do tipo de trabalho... Assim, através da análise de classificações de diversos estudos, a média de pessoas que regressa ao trabalho após lesão moderada ou grave varia entre 12.5-70% (Shames *et al.*, 2007), dependendo este indicador de múltiplas variáveis, inclusive das políticas de emprego. No estudo de Santos, Sousa e Castro-Caldas (2000), em Portugal, 45% dos 120 participantes que tinham sofrido TCE, há mais de cinco anos, não desempenhava



qualquer atividade profissional, contudo antes do TCE encontravam-se ativos. Dos 66 participantes que voltaram ao trabalho, apenas 44 regressaram ao mesmo nível.

Estes dados são preocupantes, tendo em conta que não há mais estudos realizados acerca desta temática, em Portugal, nem se sabe presentemente qual a taxa de incidência de TCE no nosso país. Contudo, apesar dos avanços ao nível das normas de segurança e dos cuidados prestados, não há indicadores de diminuição do número de TCE nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (Iverson & Lange, 2011). Mesmo que esse número não aumente, poderá aumentar o número de sobreviventes com sequelas mais graves, que anteriormente não teria sobrevivido, com o risco crescente de cada vez mais indivíduos se tornarem membros não produtivos na sociedade. Esta situação acarreta sérias consequências, não só para o indivíduo que sofreu TCE e respetiva família, mas também para a sociedade em geral.

Este trabalho irá então ter como foco o regresso ao trabalho por parte dos indivíduos que sofreram TCE. De início far-se-á uma breve contextualização teórica acerca da problemática do TCE a nível mundial, e mais especificamente em Portugal. De seguida serão descritas as alterações mais comuns que estão associadas ao traumatismo, físicas, cognitivas e comportamentais, nomeadamente as sequelas a longo-prazo e também da avaliação neuropsicológica neste contexto. Os apoios que estes indivíduos necessitam por parte dos seus familiares/cuidadores e como as sequelas resultantes do TCE se manifestam e dificultam a vida familiar, serão aspetos também abordados. Em relação ao tema central que é o regresso ao trabalho, pretende-se realçar a importância do trabalho na vida das pessoas, como forma de melhor qualidade de vida e de auto-realização, as taxas de desemprego, os fatores mais impeditivos, as diferenças das queixas entre pessoas que conseguiram voltar a trabalhar após o TCE e as que não conseguiram, a relação do emprego com problemas cognitivos e comportamentais. Como deve ser feito o regresso ao trabalho, o emprego apoiado, fatores que facilitam o regresso ao trabalho, tendo em conta a legislação portuguesa acerca desta temática.

## **1. Traumatismo crânio-encefálico: incidência e consequências**

O traumatismo crânio-encefálico (TCE), que pode ser definido como uma *“alteração no funcionamento cerebral, ou outra evidência de patologia cerebral, causada por uma força externa”* (Menon, Schwab, Wright & Maas, 2010), é considerado um grave problema de saúde pública em todo o mundo (Revisão de Santos, 2002). De acordo com

Silver, McAllister e Yudofsky (2005) existe uma incidência média anual, nos EUA, de aproximadamente 120 por 100.000 pessoas, já em Portugal, foram registados no Continente cerca de 13 000 casos de internamento, e estimava-se que, anualmente, o número de pessoas com incapacidades devido a TCE atingisse cerca de 4000, entre os quais mais de 20% ficariam com incapacidades graves. (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003).

Em relação ao seu nível de compromisso, o TCE pode ser considerado leve, moderado ou grave, sendo que os dois últimos acarretam, obviamente, um conjunto de consequências mais graves e persistentes, que os TCE ligeiros. Esta classificação é baseada no nível da lesão inicial em relação à lesão neurológica causada no cérebro (e.g. Kreutzer, DeLuca & Caplan, 2011). A gravidade da lesão cerebral é estabelecida, normalmente, utilizando a profundidade e duração do coma e a duração da amnésia pós-traumática (APT).

Os danos que derivam do evento traumático são resultado de dois processos: primário e secundário. Lesões primárias são as que ocorrem no momento do traumatismo, correspondem a lacerações do couro cabeludo, no tecido cerebral, contusões, fratura da caixa craniana, hemorragias internas (Miller, 1993 citado por Senra & Oliveira, 2003). As lesões secundárias são processos patológicos desenvolvidos após o momento do traumatismo, ou seja, surgem como consequência da lesão primária.

As sequelas resultantes do traumatismo vão, essencialmente, depender da localização e da extensão da lesão, no entanto, sabe-se que existem determinadas regiões cerebrais que parecem estar mais suscetíveis a lesão, especialmente o lobo frontal (Crowe, 2008). Relativamente às causas externas, os acidentes de viação são das etiologias mais frequentes dos traumatismos e nessa situação, por razões ergonómicas o indivíduo fica mais exposto a uma lesão na zona anterior do cérebro. Os quadros clínicos mais comuns são problemas atencionais, executivos, de memória e alterações do comportamento.

Um diagnóstico rápido pode prevenir uma lesão secundária às complicações da lesão principal (Lee & Newberg, 2005). A gestão correta da situação pode melhorar significativamente a morbilidade da pessoa que sofreu TCE, para tal, muito têm contribuído as técnicas de neuroimagem que, segundo Silver, McAllister e Yudofsky (2005), permitem determinar a presença, extensão e gravidade da lesão, planear um guia cirúrgico, identificar sequelas crónicas, determinar prognóstico, guiar a reabilitação,

com intervenções minimamente invasivas, tendo um papel de extrema importância na fase aguda e crônica do TCE. No entanto, é preciso ter em conta que a lesão no cérebro pode ir muito mais além do que é visualmente identificável pelas técnicas de imagem.

Resumindo, os défices resultantes da lesão cerebral dependem dos fatores que estiveram na origem do trauma, da natureza, gravidade e localização deste. De um momento para o outro, o indivíduo que sofreu TCE vê-se confrontado com um conjunto de alterações que se podem agrupar em:

a) Sequelas físicas

Segundo Rassoovsky *et al.*, (2006), as queixas físicas não são significativamente previstas pela gravidade do TCE, nem pela evolução funcional. Sabe-se que as incapacidades físicas resultantes do TCE são diversificadas, manifestando-se alterações ao nível do tónus muscular, como por exemplo: diminuição da força, interferências na postura, dificuldades no planeamento, produção e execução do movimento adequado. Numa dimensão mais taxonómica, as alterações motoras mais frequentes podem ser: hemiplegia ou hemiparésia, ataxia, dificuldades de equilíbrio ou motricidade fina, disartria, disfagia e disfonia, (Revisão de Santos, 2002). A um nível sensorial também se podem verificar alterações do olfato, do gosto e da sensibilidade tátil e propriocetiva (pouco comuns), da audição e da visão, como a diminuição da capacidade visual, defeito de campo e perturbações do movimento ocular (Revisão de Santos, 2002). De acordo com o mesmo autor, um dos sintomas físicos mais frequentes da parte das pessoas que sofreram TCE, são as cefaleias, podendo estas ser muito variadas

Apesar dos aspetos físicos serem, globalmente, os primeiros a ser recuperados, os restantes vão dificultar drasticamente a capacidade da pessoa regressar ao trabalho e/ou manter-se em atividade. Como exemplo, temos o estudo de Johnson (1998) que investigou os sintomas referidos por pessoas que tinham tido TCE grave há 10 anos. Os doentes foram divididos em três grupos: trabalho estável (26 sujeitos); trabalho instável (12 sujeitos) e poucas ou nenhuma tentativas de regresso ao trabalho (23 sujeitos). Apenas 46% do grupo estável não reportou qualquer tipo de queixas cognitivas, todos os restantes sujeitos dos três grupos reportaram a existência de dificuldades cognitivas.

## b) Sequelas Cognitivas

As alterações cognitivas e comportamentais consequentes vão depender da localização das lesões e da sua gravidade, sendo também influenciadas pelas características pré-mórbidas dos sujeitos e pelas condições do meio que os rodeia. Apesar da possibilidade de uma grande variedade de défices depois do TCE, existe um certo grau de consistência, associado à natureza e frequência das dificuldades observadas. Isto ocorre devido à concentração dos danos nas regiões mais anteriores do cérebro (Silver, McAllister & Yudofsky, 2005).

São inúmeros os estudos que apontam as alterações neuropsicológicas resultantes do TCE, como um dos principais fatores que determinam o futuro desses indivíduos, pois condicionam, de uma forma bastante marcada, a capacidade de autonomia funcional, relações familiares, sociais e regresso ao trabalho. Desta forma, irão ser referidos as sequelas que mais estão presentes em pacientes que sofreram TCE.

### Atenção e concentração

Dificuldades em manter a atenção (e.g. seguir uma conversa), ignorar distrações, lentidão mental, perda do curso do pensamento e dificuldades em desempenhar mais que uma tarefa simultaneamente; estão entre as sequelas mais reportadas por indivíduos que sofreram TCE (Willmott, Ponsfor, Hocking & Schönberger, 2009). Porque a atenção sustenta todos os aspetos da cognição, mesmo as alterações ligeiras podem restringir outros processos, tais como a capacidade de aprendizagem (Silver *et al.*, 2005).

A presença de défices atencionais não é surpreendente dada a neuropatologia e neuroquímica do TCE, sendo que a região basal e polar dos lobos frontais e temporais, a formação reticular, os pedúnculos cerebelares, os gânglios de base, o hipotálamo, o fórnix e o corpo caloso estão particularmente suscetíveis à lesão (Willmott *et al.*, 2009). O mesmo autor refere que uma lesão axonal difusa tem uma grande probabilidade de perturbar as redes neurais atencionais, incluindo as vias ascendentes serotoninérgicas e catecolaminérgicas.

### Velocidade de processamento

Os défices de atenção estão relacionados com queixas de diminuição de velocidade e capacidade de processamento de informação. Segundo Bennet e Raymond (2008), é comum os indivíduos com TCE referirem que realizam mais esforço cognitivo para dar conta de informações, já que sentem o pensamento mais lentificado, tendo repercussões na capacidade de resolução de problemas e percepção que as coisas estão a ocorrer mais rápido que o normal. Comparativamente a sujeitos controlo, os indivíduos que sofreram TCE demonstram lentificação nos tempos de reação (Silver *et al.*, 2005).

### Memória e aprendizagem

Segundo Silver *et al.*, 2005, os indivíduos que sofreram TCE consideram as suas funções mnésicas como melhores, do que é sugerido pelos relatos dos seus familiares. Esta discrepância, indica um défice na metamemória, isto é, na auto-consciência da eficiência da memória. O estudo de Kennedy e Yorkston (2000) mostrou que sujeitos com TCE moderados a graves, têm uma diminuição da capacidade de medir o seu desempenho durante uma prova formal de memória, comparativamente aos sujeitos controlo.

Contudo, os esquecimentos são a queixa mais relatada pelos indivíduos que sofreram o TCE (Vakil, 2005). Depois de um TCE, alterações na memória episódica é uma “marca” característica e muitos investigadores reportam disfunção em todos as etapas de processamento episódico, incluindo codificação, consolidação e recuperação, enquanto outros referem défices apenas em etapas específicas (Revisão de Silver *et al.*, 2005).

Geralmente, as memórias prévias ao TCE estão razoavelmente mantidas e são acessíveis, embora com menor eficiência, enquanto novas memórias são difíceis de estabelecer, são consolidadas de forma pobre e, subsequentemente, difíceis de recuperar (Bennet & Raymond, 2008). Ao nível da memória prospetiva também são verificados problemas a longo-termo depois do TCE, como por exemplo: esquecer de compromissos marcados ou pagar as contas.

Através de estudos de neuroimagem, sabe-se que a atrofia do hipocampo (estrutura importante na memória declarativa) é uma consequência bem documentada em indivíduos que sofreram TCE (Ariza *et al.*, 2006). Os mesmos autores observaram que

existe associação entre a atrofia do hipocampo e a memória. Os maus desempenhos a nível de memória podem ser resultado também da natureza difusa do dano cerebral, que provavelmente afeta os circuitos neuronais envolvidos no desempenho da memória em múltiplos níveis e, cada nível pode ser responsável, de per se, pelos seus maus resultados. Além disso, não podem ser excluídos os efeitos dos défices atencionais no desempenho da memória (Ariza *et al.*, 2006).

### Funções executivas

De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos que reportam dificuldades cognitivas depois do TCE têm sempre algum grau de perturbação nas funções executivas, isto é, na capacidade do sujeito de se auto-direcionar, de forma a realizar comportamentos orientados para objetivos, através de ações voluntárias, independentes, auto-organizadas e direcionadas a metas específicas. Isto ocorre devido ao facto de o cérebro agir como um todo integrativo na regulação das funções executivas; assim, os processos cerebrais corticais que se seguem ao TCE vão resultar na interrupção destas capacidades (Bennet & Raymond, 2008).

Estudos com indivíduos que sofreram TCE moderado a grave reportam défices ao nível da fluência verbal, do raciocínio conceptual, da flexibilidade cognitiva, da memória de trabalho, da aplicação de estratégias de memória, da resolução de problemas, planear, iniciar, auto-regular e concluir tarefas, e nos processos executivos atencionais (Silver *et al.* 2005).

### Linguagem

A nível de linguagem é possível encontrar várias alterações específicas como dificuldades de evocação de palavras, dificuldades de compreensão, sobretudo em ambientes com muito barulho e dificuldades em estruturar o discurso de forma lógica e sequencial (Revisão de Santos, 2002). A afasia é uma situação pouco frequente, cerca de 4% ao fim de um ano após a lesão, mas as dificuldades de comunicação, ao nível da pragmática são muito comuns, e prejudica relações interpessoais (Muñoz-Céspedes & Melle, 2004).

### c) Comportamentais/emocionais

A literatura acerca dos TCE documenta a elevada incidência de dificuldades emocionais ativas, nos quais se incluem: ansiedade, agitação, irritação, raiva, paranoia, impulsividade, pouca tolerância à frustração e labilidade emocional. Também são referidas dificuldades emocionais passivas tais como: depressão, apatia (Bennet & Raymond, 2008). Esta problemática tem mostrado ter efeitos persistentes e difusos na reabilitação, no regresso ao trabalho e na integração social/comunitária (Hanks *et al.* 1999).

A causa destas alterações pode ser resultado imediato da própria lesão, mas também devido ao facto de o indivíduo não conseguir ter o mesmo nível de desempenho pré-mórbido, devido a dificuldades nas funções cognitivas. Este facto é um contributo importante no desenvolvimento de problemas emocionais após a lesão cerebral, como por exemplo, a perda de auto-estima (Bennet & Raymond, 2008). Também não é de descartar a possibilidade de uma mistura das causas, isto é, entre a consequência da lesão em si e a atitude pessoal em relação às dificuldades (e.g. negação, desvalorização). Segundo Crowe (2008), outro fator que influencia o ajustamento emocional é a própria personalidade pré-mórbida do sujeito, antes da lesão, assim como o nível de ajustamento psicológico. Pessoas com bom ajustamento emocional prévio e com ocupações bem estabelecidas, têm maiores probabilidades de virem a sofrer menos dificuldades emocionais, em comparação com pessoas que tinham vidas mais instáveis. De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos com cargos profissionais mais elevados, mostram muitas vezes, menos problemas emocionais, devido ao facto de poderem adiar/delegar os desafios de trabalho para os seus funcionários. Enquanto pelo contrário, indivíduos em cargos menos elevados têm tipicamente de lidar com as mesmas exigências que já existiam no trabalho antes da lesão. Esta constatação, contudo, não pode ser considerada como um dado adquirido, pois dependerá de outros aspetos das exigências da tarefa e do grau de independência do indivíduo.

De acordo com os resultados do estudo de Rassovksy *et al.* (2006), as dificuldades comportamentais são significativamente preditivas da evolução funcional, mais do que a própria gravidade da lesão, já que as próprias expectativas e perceções das alterações têm um papel importante na evolução emocional e comportamental depois de uma lesão cerebral.

## Sequelas a longo-prazo

Como regra, a recuperação da grande maioria das pessoas que sofrem TCE moderado a grave é mais evidente durante o primeiro ano, no entanto, recuperações adicionais podem ocorrer durante o segundo ano ou até mais tarde. Melhorias significativas após o segundo ano não são expectáveis para a maioria dos doentes. Contudo, melhorias na funcionalidade podem e ocorrem como resultado de acomodações e compensações aprendidas nos anos posteriores ao TCE (Schoenberg & Scott, 2011).

Num *follow-up* realizado por Millis, Rosenthal, Novack (2001) foram examinados 182 sujeitos com TCE's ligeiro a moderado, após 5 anos de lesão, e verificou-se que 22% melhoraram, 15% deterioraram e 63% continuaram com as mesmas alterações cognitivas, sendo as mais evidentes ao nível da memória, atenção e velocidade de processamento. De acordo com os resultados do estudo de Draper e Ponsford (2008), indivíduos que sofreram TCE há mais de dez anos têm desempenhos significativamente piores, em comparação com indivíduos sem lesões, ao nível dos domínios da memória, funções executivas e velocidade de processamento.

Num estudo recente composto por mais de 400 indivíduos que sofreram TCE ligeiro a grave, verificou-se que quase metade dos participantes manifestava problemas cognitivos e comportamentais, um ano após a lesão. Com o aumento da gravidade da lesão, o número de pacientes com problemas cognitivos e comportamentais também aumenta significativamente, indicando, tal como esperado, quanto mais grave a lesão, mais dificuldades o indivíduo irá ter (Benedictus *et al.*, 2010).

Os problemas neuropsicológicos são invisíveis ao mundo exterior, mas influenciam o funcionamento, a perceção e a qualidade de vida do indivíduo que sofreu TCE. Devido a isso, é possível que os indivíduos recebam ajuda que é inadequada face às suas necessidades e também às suas próprias queixas subjetivas. Antes da qualidade de cuidados ser garantida, é importante conhecer as necessidades subjetivas dos indivíduos que têm de viver com as sequelas do TCE (Jemekens, Casterlé & Dobbels, 2010) e as sequelas objetivas, cabendo aqui um papel essencial à avaliação neuropsicológica.

## **2. Importância da avaliação neuropsicológica**

Já há várias décadas atrás a avaliação neuropsicológica foi descrita por Sundberg e Tyler (1962, citados por Wilson, Herbert & Shiel, 2005), como “*um recolher, organizar*



*e interpretar sistemático de informação acerca de uma pessoa e da sua situação*”. Esta conceptualização ainda é atual, e em pessoas que sofrem lesão cerebral, como TCE, a avaliação neuropsicológica, constitui uma componente importante no estudo do indivíduo, permitindo identificar alterações cognitivas e comportamentais/emocionais que surgem da lesão, assim como, as funções que permanecem preservadas, de maneira a poder elaborar um bom plano de reabilitação que lhe potencie um maior grau de funcionalidade, autonomia e reinserção na sociedade, aumentando claro está, a sua qualidade de vida.

Na revisão de literatura feita por Sherer *et al.*, (2002), foram identificados onze objetivos da avaliação neuropsicológica depois do TCE, são eles: registo do estado cognitivo, comportamental e emocional; fornecer feedback ao indivíduo acerca dos seus pontos fortes e fracos; implicações para o tratamento; feedback à família/cuidadores do indivíduo; recomendações em relação às necessidades de supervisão; recomendações em relação ao tempo de retorno ao trabalho/escola; prever a evolução funcional a longo-prazo; determinar competências; recomendações em relação à condução; deteção de complicações tardias e determinar a eficácia dos medicamentos.

De acordo McCrimmon e Oddy (2006), a avaliação deve ser realizada um mês após a lesão, já Lezak (2004) afirma que a avaliação deve ser realizada ao fim de alguns meses, dando tempo para o sistema nervoso se reorganizar. Apesar de não existir consenso entre o tempo mais adequado para a avaliação, sabe-se que existe uma relação significativa entre os resultados das provas neuropsicológicas e o regresso ao trabalho depois do TCE (e.g. McCrimmon & Oddy, 2006). Indivíduos que voltaram a trabalhar até um ano após a lesão apresentavam menos perturbações em todas as medidas neuropsicológicas, do que os indivíduos que não estavam a trabalhar, isto, quando foi realizado o follow-up (Sherer *et al.*, 2002). Tal análise, mostra que as dificuldades cognitivas iniciais estão associadas a pobres evoluções no regresso ao trabalho. A primeira avaliação é então, considerada a mais importante, pois estabelece uma linha de base para o acompanhamento evolutivo do quadro .

### **3. Necessidade de apoio e dificuldades dos familiares**

Neste tipo de alterações (a longo-prazo), um fator a ter em conta que é de importância extrema, é o grau de suporte familiar/social, que pode afetar o nível de ajustamento das pessoas que sofreram TCE. Estas vão necessitar de bastante apoio, para

os ajudar a lidar com os desafios com que se irão deparar, nomeadamente face aos “*handicaps*” cognitivos. De facto, alguns indivíduos podem precisar de mais apoio para lidarem com as consequências emocionais, associadas às dificuldades cognitivas e diminuição da auto-estima, do que para lidar com os próprios defeitos cognitivos (Crowe, 2008) ou comportamentais. Assim, o apoio deve ser fornecido, não somente ao indivíduo que sofreu lesão, mas também às pessoas que o acompanham, familiares/cuidadores, que indiretamente são afetados pelas consequências do traumatismo.

Os estudos de Fleminger e Ponsford (2005) mostram que a maior necessidade de ajuda, por parte da família, é em relação aos problemas comportamentais dos indivíduos que sofreram TCE. A hipótese de Prigatano *et al.* (2005) para tal facto, assenta na falta de *insight* do indivíduo para as alterações comportamentais. Quanto menos *insight* existir, mais problemas comportamentais se manifestarão e, conseqüentemente, maiores níveis de *stress* irão ser vividos pela família. A inexistência de consciência em relação às suas dificuldades é geralmente permanente e pode ser um enorme impedimento para a reabilitação e conseqüentemente para o regresso ao trabalho (Flashman, Amador & McAllister, 2005).

Assim, e devido à grande necessidade de apoio aos indivíduos que sofreram TCE por parte dos seus familiares, têm vindo a ser desenvolvidos estudos sobre as necessidades dos membros da família, como por exemplo: dificuldades financeiras, falta de informação acerca das sequelas do traumatismo, como as alterações cognitivas e comportamentais de que resultam grandes “fardos” para com os cuidadores. A família pede ajuda profissional contra queixas de *stress* e ansiedade, para aprender a lidar com as alterações da personalidade do indivíduo que sofreu TCE, por problemas financeiros, etc. mesmo até 10-15 anos depois do acidente (Jemekens *et al.*, 2010). Apesar de existir um ligeiro aumento da necessidade de apoio há medida que o tempo vai passando, a ajuda profissional oferecida não aumenta proporcionalmente (Jemekens *et al.*, 2010), normalmente até diminui, deixando mesmo de existir. Assim, as famílias são muitas vezes “abandonadas”, sem qualquer tipo de informações, estratégias ou formas para lidar com o seu familiar que aparentemente está bem, mas que cognitivamente e, psicologicamente, não reconhecem. Tal facto leva por parte da família, à não compreensão dos comportamentos do indivíduo que sofreu TCE, e uma comparação com o seu “eu” anterior poderá agravar mais a sua condição. Uma família com uma boa

base de suporte irá ter um melhor entendimento da situação, percebendo o seu importante papel para a melhoria do indivíduo que sofreu TCE, o que se irá refletir na reabilitação e na sua reintegração social ou mesmo profissional.

#### **4. A problemática do regresso ao trabalho**

O emprego é uma das áreas mais importantes de participação para pessoas adultas, ou seja, sabe-se que as pessoas que trabalhavam reportam melhor sensação de bem-estar, melhor qualidade de vida, menor uso de serviços de Saúde e uma melhor condição de saúde do que as pessoas que não estão a trabalhar (Velzen, Bennekom, Edelaar, Sluiter & Frings-Dresen, 2009). O trabalho assume uma relevância extrema na forma como a vida é estruturada, estando também associado à capacidade de independência e estabilidade de vida. Tendo em conta a variedade e os diversos graus de dificuldades que os indivíduos que sofreram TCE podem ter, é comum existir um importante impacto na sua capacidade para se envolverem em ocupações, tanto de trabalho como de lazer. As estimativas de taxas de desemprego nestas pessoas variam entre 10% a 70% (Revisão de McCrimmon & Oddy, 2006) números estes muito elevados para uma sociedade tão desenvolvida e progressista em que vivemos atualmente. Os indivíduos que conseguem regressar ao trabalho geralmente não voltam ao mesmo trabalho nem aos mesmos níveis de exigência e responsabilidades (McCrimmon & Oddy, 2006).

O regresso ao trabalho é considerado o objetivo central depois da ocorrência de um TCE. Não apenas por fatores financeiros, mas porque um emprego produtivo pode ajudar na própria recuperação do indivíduo (Shames *et al.*, 2007). É então importante perceber os fatores que influenciam, positiva e negativamente, o regresso ao trabalho, que etapas devem ser realizadas aquando desse regresso, a relação do emprego com a qualidade de vida da pessoa que sofreu o TCE, quais os fatores mais importantes para conseguir manter o emprego, as barreiras à integração e mesmo as questões legislativas associadas à lei portuguesa.

#### Fatores a ter em conta para prever o regresso ao trabalho

Segundo Shames *et al.* (2007), os indicadores para o regresso ao trabalho ainda são um desafio, isto porque, fatores psicossociais, económicos e culturais parecem ter um papel importante para o sucesso do que apenas medidas fisiológicas (e.g. APT), o que é

notório quando se olha para as variações extremas das taxas de regresso ao trabalho em diferentes estudos e países.

De acordo com o estudo de Walker, Marwitz, Kreutzer, Hart e Novack (2006) pessoas que sofreram TCE que trabalhassem antes do acidente tinham três a cinco vezes mais hipóteses de regressar ao trabalho dos que as que não trabalhavam, verificando-se também um efeito da escolaridade, tendo os sujeitos com menor escolaridade e mais velhos menos hipóteses de voltar a trabalhar (Revisão de Santos *et al.*, 2000). Tal como acontece na população em geral, é preciso ter em conta diversas variáveis, como a localização e extensão, da lesão, ajustamento psicossocial, história prévia de abusos de substâncias, nível económico, que terá grande influência em relação à disponibilização de apoios, nível de auto-consciência, pois dificuldades de auto-consciência limitam a motivação para realizar tratamentos e mesmo para definir objetivos adequados de vida (Nightingale, Soo & Tate, 2007). O estado civil também é um fator a ter em conta, já que os sujeitos casados terão mais possibilidade de regressar ao trabalho do que os solteiros, remetendo novamente para o assunto já referido anteriormente, de que o suporte social fornecido pelos cuidadores/família é dos fatores mais importantes para a recuperação do indivíduo, e como tal, não devem ser deixados de parte do processo de reabilitação do paciente. Contudo, esta questão poderá prender-se com a gravidade do traumatismo, pois as pessoas que sofreram TCE mais grave tendem a ficar solteiros ou a divorciar-se (Revisão de Santos, 2000). Já os indicadores normalmente considerados para prever a evolução global dos traumatizados (gravidade e duração do coma, bem como, duração da APT), parecem pouco eficazes no que diz respeito ao ajustamento social e ao regresso à atividade profissional (Santos *et al.*, 2000).

Um estudo feito por Groswasser (1996), a longo prazo (8-13 anos pós lesão), com 334 pacientes com TCE grave, revelou que variáveis como perturbações de comportamento e défices cognitivos, avaliados antes da alta médica, influenciam negativamente os resultados vocacionais. Já Fraser e Baarlasg-Benson (1994, citados por McCrimmon & Oddy, 2006) num estudo com 52 indivíduos que sofreram TCE grave, identificaram como “barreiras ao trabalho”, em cerca de 63% dos casos como consequência de problemas cognitivos, 35% dos problemas emocionais, 31% de dificuldades físicas, 15% desincentivos financeiros e 12% de questões psicossociais e médicas. No entanto, 86% dos participantes exibia duas ou mais categorias de impedimentos para o regresso ao trabalho.

O número e gravidade de sintomas neuropsicológicos têm sido reportados como sendo um bom preditor para o regresso ao trabalho após o TCE. No estudo *follow-up* de Johnson (1998), após 10 meses de lesão, verificou-se através da avaliação das incapacidades que quem não regressou ao trabalho tende a estar mais incapacitado e tem mais probabilidade de desenvolver *handicaps*. No follow-up de 10 anos, a grande maioria dos indivíduos (80%) reportou dificuldades persistentes, mesmo aqueles que tinham um trabalho estável (54%). Os maiores graus de dificuldades estavam presentes em pessoas que não estavam a trabalhar, estas pessoas estavam mais capazes de identificar incapacidades como explicação para o facto de não serem capazes de regressar ao trabalho, enquanto que as pessoas que estavam empregadas, tinha maior probabilidade de mostrar uma atitude positiva e de relatar menos queixas. Indivíduos que tinham um trabalho estável reportaram mais queixas físicas e défices sensoriais, comparativamente às queixas cognitivas e comportamentais reportadas pelos indivíduos que não conseguiram regressar ao trabalho (Johnson, 1998). Tais resultados são consistentes com a visão de que os défices neuropsicológicos são os que maior probabilidade têm de perturbar as capacidades de trabalho, enquanto as alterações comportamentais têm maior probabilidade de afetar os esforços necessários para o regresso ao trabalho (Fraser, Machamer, Temkin, Dikmen & Doctor, 2006).

#### Regresso ao trabalho da pessoa que sofreu TCE – perspetiva da sociedade e da lei

Apesar de algumas conquistas significativas por parte dos defensores de pessoas com incapacidades no que diz respeito a políticas e legislação, as taxas de emprego continuam muito abaixo quando comparadas com as taxas de pessoas sem incapacidades (Kirsh *et al.*, 2009). A exclusão de pessoas com incapacidades é um problema de justiça social que acarreta riscos de enfraquecimento e vulnerabilidade sociopolítica (Kirsh *et al.*, 2009). Segundo estudo de Thornton (2005) no Reino Unido, adultos com incapacidades têm duas vezes mais probabilidades de estar em casa com rendimentos baixos, assim como, duas vezes mais probabilidade, do que pessoas não incapacitadas, de não ter um emprego associado às suas qualificações. Em situação de crise económica como acontece no presente, esta situação poderá ser muito mais dramática. No entanto, não são conhecidos dados concretos sobre esta realidade no nosso país.

As culturas organizacionais são lentas ou resistentes a alterações como a criação de espaços de trabalho adaptativos, e falham, em grande parte, na promoção da compreensão e equidade para trabalhadores com incapacidades, pois uma pessoa com incapacidade não é sinónimo de mau trabalhador. Nem sempre a incapacidade influencia o trabalho ou a sua produtividade, contudo, são os trabalhadores que podem colocar alguns entraves, sendo que podem “ver” a pessoa com incapacidade como um colaborador de baixo potencial. As perceções de diferença e preocupações com a perda de produtividade mantêm-se, apesar da evidência de competência, potencial e recuperação entre as pessoas com incapacidades (Kirsh *et al.*, 2009).

Em Portugal, segundo a lei acerca de trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida derivada a doença ou acidentes, *“as empresas deverão facilitar o emprego aos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida, (...) proporcionando-lhes adequadas condições de trabalho e salário e promovendo ou auxiliando ações de formação e aperfeiçoamento profissional apropriadas”*; (...) *poderão ser estabelecidas, por portaria de regulamentação do trabalho ou convenção coletiva, especiais medidas de proteção aos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida, particularmente pelo que respeita à sua admissão e condições de prestação da atividade, tendo sempre em conta os interesses desses trabalhadores e das empresas”* (Decreto Lei 49 408 de 24 de Novembro de 1969).

São visíveis na nossa sociedade, por parte de algumas empresas, sensibilizações e esforços para integração de pessoas com incapacidades mentais ou físicas. Mais recentemente tem vindo a ser desenvolvido algo semelhante ao que já existe há vários anos em países mais desenvolvidos, como os EUA, o chamado *“supported employment”* (emprego apoiado) que segundo Santos *et al.* (2000) é uma estratégia que tem sido extremamente útil na forma de entrada e permanência no trabalho competitivo. Tendo em conta as capacidades dos sujeitos e dos postos de trabalho disponíveis, um indivíduo é escolhido e apoiado durante um tempo necessário para se saber se é ou não capaz de desempenhar o cargo de forma independente (Kirsh *et al.*, 2009). A criação deste apoio é de extrema importância e são um passo a frente contra a taxa de desemprego de pessoas com incapacidades. Os primeiros estudos de Johnson (1998) mostraram, que os indivíduos que receberam suporte no trabalho foram reempregados com sucesso, comparativamente a indivíduos que não foram ajudados desta forma. Num segundo *follow-up* verificou-se que mais de 85% dos indivíduos que regressaram ao trabalho

voltaram porque tiveram algum tipo de ajuda, porque estão num trabalho mais fácil ou fizeram outra atividade mais estruturada primeiro, como por exemplo, cursos de formação específica. Então, um regresso gradual ao trabalho parece ser o ponto essencial depois de uma lesão cerebral. É bastante provável que indivíduos que falharam no regresso ao trabalho tenham demorado a reconhecer a necessidade de começar por um trabalho mais fácil ou com apoio direto. Então esse facto pode estabelecer um padrão de trabalho instável e perder a auto-estima e confiança neles próprios (Johnson, 1998), levando ao abandono, situação muito frequente na população de TCE que regressa ao trabalho (Tsaousides *et al.*, 2009).

Regressar ao mesmo tipo de trabalho e ao mesmo nível após o TCE, tendo em conta o longo conjunto de fatores que interferem nesse regresso, não é algo simples nem rápido de acontecer. É preciso que exista apoio tanto em casa, como já referido anteriormente, como se possível apoio dentro do próprio trabalho. Começar por coisas mais simples, como não trabalhar as mesmas horas, ter apoio de colegas ou ter um elemento diretamente empenhado no seu acompanhamento. Caso esse apoio não exista, ou não seja possível criá-lo pode-se sempre optar, segundo Johnson (1998), por exemplo por trabalho voluntário ou cursos de “treino”, isto é, hipóteses que forneçam oportunidades semelhantes aos indivíduos para que eles aprendam a compensar as suas dificuldades. Obviamente que todo este suporte e ajuda só é possível com a atitude de aceitação por parte do indivíduo que sofreu TCE, o que nem sempre acontece devido a sequelas cognitivas e de comportamento.

Em Portugal, existem os Centros de Emprego Protegido (CEP) que estão associados ao Instituto de Emprego e Formação Profissional e que têm como objetivo proporcionar às pessoas com dificuldades e com capacidade de trabalho reduzida, (capacidade de trabalho não inferior a 30 % nem superior a 75 % da capacidade normal de trabalho de um trabalhador sem deficiência nas mesmas funções profissionais), o exercício de uma atividade profissional e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais necessárias à sua integração, sempre que possível, em regime normal de trabalho. Pretende-se proporcionar, assim, à pessoa com incapacidade um contrato de trabalho associado a um estatuto de trabalhador e uma situação de emprego estável. Tudo isto são fatores que lhe permitem sentir-se útil e não um fardo tanto para si, para a sua família ou para a sociedade. Contudo, apesar da existência do CEP a situação das pessoas que sofrem sequelas após TCE está longe de ser resolvida, pois se estes centros

podem ter sucesso no emprego de pessoas com outro tipo de deficiência, na situação de TCE as frequente alterações de comportamento, como irritabilidade, impulsividade, pouca resistência à frustração necessitam de intervenções especializadas. É assim preciso desenvolver e por em prática *guidelines* específicas e compreensivas que orientem a equipa terapêutica e promova a reabilitação neuropsicológica (Kirsh, *et al.*, 2009).

Obter e manter um emprego está fortemente associado à qualidade de vida e bem-estar. Segundo Tsausides *et al.* (2009), o emprego após o TCE é um forte preditor de qualidade e de satisfação de vida nesses indivíduos. Daí, não ser grande surpresa que o regresso ao trabalho seja considerado um dos maiores objetivos da reabilitação após o TCE, e que o sucesso da reabilitação seja avaliado pelo facto de que os indivíduos regressem com sucesso ao trabalho (McCrimmon & Oddy, 2006).



## II. Problema em Estudo

De acordo com o estudo de Benedictus, Spikman e Naalt (2010), o domínio cognitivo é o melhor preditor do regresso ao trabalho. Tais resultados vão ao encontro da literatura, que indica, que a capacidade de emprego é determinada por parâmetros cognitivos, tais como, funcionamento executivo, flexibilidade, atenção e velocidade de processamento de informação.

Apesar dos diversos estudos já realizados, não está ainda bem esclarecida a influência de vários fatores relacionados com o regresso ao trabalho, incluindo os tipos de incapacidade que mais frequentemente podem impedir a integração ou reintegração profissional (Santos *et al.*, 2000). Torna-se assim importante abordar esta temática numa perspetiva diferente da habitual, partindo da opinião das pessoas diretamente interessadas nesta matéria. Assim, o objetivo do presente trabalho é identificar que dificuldades cognitivas e comportamentais são mais impeditivas do regresso ao trabalho, na perspetiva da própria pessoa que sofreu TCE e dos seus familiares próximos.

Para tal foram formuladas três questões orientadoras:

- a) Que dificuldades cognitivas e comportamentais são mais impeditivas do regresso ao trabalho, na perspetiva da pessoa que sofreu TCE?
- b) Que dificuldades cognitivas e comportamentais são mais impeditivas do regresso ao trabalho, na perspetiva de um familiar/cuidador?
- c) Os resultados da avaliação neuropsicológica são coincidentes com os aspetos identificados, quer pelas pessoas que sofreram TCE, quer pelos seus cuidadores?

Irá ser utilizado um conjunto de estudos de caso, com análise qualitativa detalhada e, no final, pretende-se verificar se existem aspetos comuns aos vários casos. A escolha recaiu sobre este tipo de estudo pois a perceção da capacidade/incapacidade varia de pessoa para pessoa, de acordo a sua formação específica e com o seu contexto psicossocial (Bootes & Chapparo, 2010).

### III. Metodologia

#### *Participantes*

A amostra é constituída por 10 participantes: (1) cinco indivíduos que sofreram TCE, observados no serviço de Neuropsicologia do Hospital Fernando da Fonseca, mas já em situação de alta hospitalar e (2) cinco familiares, um por cada indivíduo com TCE e com ele coabitam.

Os participantes foram recrutados aquando a reavaliação neuropsicológica realizada no mesmo Serviço, desde que preenchessem os seguintes critérios: (1) maiores de 18 anos e em idade ativa, (2) terem sofrido TCE há mais de um ano, (3) não estarem de momento integrados em programas de Reabilitação Neuropsicológica e (4) terem um passado profissional com pelo menos seis meses de trabalho. A recolha dos dados decorreu entre Março e Maio do corrente ano.

Tabela 1. Características socio-demográficas dos participantes que sofreram TCE

Sujeito	Género	Idade	Escolaridade	Profissão anterior	Tempo evolução (anos)	Acompanhante
JD	M	22	Curso profissional (12º)	Jardineiro	1 ano e 4 meses	Mãe
PM	F	35	Licenciatura	Comercial de informática	1 ano e 7 meses	Irmã
JF	M	25	11º	Serralheiro	2 anos e 1 mês	Mãe
AS	F	39	9º	Gerente de um quiosque	1 ano e 3 meses	Marido
TR	M	23	10º	Empregado de Balcão	2 anos e 3 meses	Mãe

#### *Instrumentos utilizados*

1. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada à pessoa que sofreu TCE e ao seu familiar, com três questões (referidas abaixo), com o objetivo de obter informação sobre: (1) dificuldades que resultaram do TCE, (2) qual a

dificuldade com maior impacto no quotidiano e (3) qual a mais impeditiva para o regresso ao trabalho. Foi escolhido este tipo de entrevista no sentido em que não é, nem totalmente aberta, nem totalmente guiada por perguntas precisas, permitindo alguma flexibilidade na recolha de informação, sendo assim possível deixar o indivíduo que sofreu TCE e o familiar seguirem o próprio rumo em relação ao tema colocado. Coube ao entrevistador, o autor deste trabalho, o cuidado de encaminhar a entrevista para os objetivos pretendidos, de uma forma natural, mas ao mesmo tempo dando margem de manobra ao entrevistado, nas suas respostas.

Questões colocadas ao indivíduo que sofreu TCE:

- Que dificuldades sente no seu dia-a-dia que considera tenham resultado do traumatismo?
- Das dificuldades que referiu qual considera como mais importante, que tem maior impacto?
  - Porquê?
- Relativamente à possibilidade de regresso ao trabalho, quais acha que são as dificuldades mais impeditivas?
  - Qual a mais importante? Porquê?

Questões colocadas ao familiar do indivíduo que sofreu TCE:

- Que dificuldades nota no dia-a-dia do seu familiar que considera tenham resultado do TCE?
- Das dificuldades que referiu qual considera como mais importante, que tem maior impacto?
  - Porquê?
- Relativamente à possibilidade de regresso ao trabalho do seu familiar, quais acha que são as dificuldades que estão a ser mais impeditivas?
  - Qual a mais importante? Porquê?

2. European Brain Injury Questionnaire (EBIQ) – O questionário na sua versão original é constituído por 63 questões, numa escala tipo Likert, inseridas em oito domínios de funcionamento, sendo que a sua validação foi realizada em

população com lesão cerebral (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2001). Na adaptação para a população portuguesa (anexo 1), que foi realizada por Santos, Sousa e Castro-Caldas (2001), foram apenas identificados quatro domínios tendo dois sido agrupados (Depressão; Impulsividade; Cognição/Motivação; Somático) e o questionário ficou constituído por 41 questões. Para cada uma das questões, as respostas são assinaladas em três categorias (Nada; Pouco; Muito, correspondendo a 1, 2 e 3 da pontuação). Este questionário tem como objetivo, de uma forma simples, avaliar em pessoas com lesão cerebral de diferentes etiologias, os vários domínios, que podem afetar o seu quotidiano e também no sentido de obter a experiência subjetiva de vida, em auto-avaliação por parte da pessoa que sofreu o traumatismo, e em heteroavaliação pelo familiar que responde acerca da pessoa que sofreu TCE. Os valores obtidos, tanto do indivíduo lesado como do seu familiar, são comparados com os da população de controlo, constituída por 307 pares sujeito/familiar sem lesão cerebral (anexo – página 55).

3. Provas de avaliação neuropsicológica habitualmente usadas no serviço de Neuropsicologia do Hospital Fernando da Fonseca e aplicadas aos indivíduos que sofreram TCE:
  - a. Toulouse-Pieron (Toulouse & Piéron, 1986) - É uma tarefa utilizada para avaliação da atenção/concentração. O teste pode ser aplicado independentemente do nível de escolaridade do sujeito e de alterações da linguagem, pois trata-se de uma tarefa não-verbal (Strauss, Sherman & Spreen, 2006). O objetivo passa por assinalar os quadrados que sejam iguais aos 3 modelos apresentados (em maior escala) no topo da folha, sendo que o seu tempo de aplicação é de 10 minutos. Encontra-se validada para a população portuguesa e os valores obtidos dizem respeito à capacidade de trabalho (rendimento) e ao índice de dispersão (sendo superior a 100 e inferior a 5% o ideal, respetivamente).
  - b. Escala de Memória de Wechsler (Wechsler, 1997 adaptada a população portuguesa em 2008) – Esta escala clínica permite uma avaliação rápida e precisa de vários tipos de memória dos sujeitos. A escala é composta por sete subtestes e permite fazer uma avaliação

detalhada de aspetos relevantes relacionados com o funcionamento da memória como: informação pessoal e geral, orientação pessoal e temporal, controlo mental, memória lógica (imediata), memória de dígitos, memória visual e capacidade de aprendizagem (memória associativa).

- c. Subtestes da WAIS-III (Wechsler, 1997 adaptada para população portuguesa em 2004) assenta numa sólida experiência clínica e vem avaliar a inteligência em duas escalas, verbal e de realização, dado que cada uma delas mede as aptidões de maneiras diferentes. Tem como objetivo fornecer uma medida de função intelectual geral em adolescentes e adultos, assim como, fornecer informação acerca da presença ou ausência de incapacidades intelectuais significativas e fornecer pistas acerca de funções que possam estar alteradas. É uma prova com grande fidelidade, permitindo comparações entre resultados de um mesmo tópico para idades diferentes (Lezak, 2004).

Neste estudo foram usados três subtestes descritos de seguida:

- i. Prova de Código e Pesquisa de Símbolos – foram utilizadas com o objetivo de fornecer uma boa medida da capacidade de velocidade de processamento de informação do indivíduo. Na primeira é apresentado ao sujeito uma grelha com uma série de números (de 1 a 9) emparelhados a um símbolo. Com a grelha que liga o número ao símbolo sempre visível, o objetivo da tarefa passa por o sujeito preencher os espaços vazios com o símbolo que corresponde ao número acima. Na segunda prova, perante dois grupos de símbolos, o grupo chave (composto por dois símbolos) e o grupo de procura (composto por cinco símbolos), o sujeito deve decidir se algum dos símbolos do grupo chave se encontra no grupo de procura.
- ii. Prova de Sequência de Letras e Números – tem como objetivo avaliar a memória de trabalho, isto é, a capacidade em reter a informação previamente fornecida e manipula-la para dar resposta à questão pretendida. Uma série de letras e números misturados são apresentados oralmente ao sujeito, os quais

este deve repetir, sendo que primeiro deve dizer os números por ordem crescente e depois as letras por ordem alfabética.

- d. Wisconsin Card Sorting Test (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 1993) - utilizado como uma medida neuropsicológica, tratando-se de um teste bastante sensível às lesões no lobo frontal. É uma tarefa que requer que o participante descubra, utilizando o *feedback* dado pelo avaliador, como classificar um baralho de cartas, tendo em conta 4 cartas estímulo que variam em parâmetros tais como, número, cor, forma e símbolo. O sujeito é informado de que as regras de classificação se alteram durante a experiência. Esta prova não está validada para a população portuguesa, contudo, é uma prova utilizada na prática clínica do serviço de Neuropsicologia do Hospital Fernando da Fonseca em indivíduos que sofreram TCE. Por não existirem dados normativos, foi apenas realizada uma apreciação qualitativa do desempenho do sujeito. Tem como objetivo neste estudo, avaliar a perseveração, flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, cuja realização implica a utilização de estratégias de resolução de problemas e sensibilidade ao *feedback* dado pelo meio.

### *Procedimentos*

O presente estudo insere-se na rotina de *follow-up* relativamente aos doentes que tiveram alta do Serviço. O indivíduo que sofreu TCE comparecia no Hospital pelo processo habitual, era convocado por carta (onde também era pedido que viesse acompanhado por um familiar), enviada pelo Hospital, com vista a uma reavaliação neuropsicológica.

No começo da consulta, foi explicado oralmente ao indivíduo que sofreu TCE e ao familiar que o acompanhava que iria ser adicionada uma nova componente à consulta, com objetivo de investigação, sendo explicado o que se pretendia:

*“A investigação tem como objetivo identificar as dificuldades que são mais impeditivas para o regresso ao trabalho na perspetiva, quer da pessoa que sofreu TCE, quer de um seu familiar próximo. Os resultados a obter poderão vir a ser úteis no futuro, no sentido de melhor compreender os problemas psicossociais decorrentes de um TCE. Nesse contexto será realizada uma entrevista a cada um (pessoa que sofreu traumatismo e*

*familiar), separadamente, a fim de recolher as respectivas opiniões; será também pedido o preenchimento de um questionário que se destina a avaliar a forma como a pessoa se sente no seu dia-a-dia. Finalizados estes procedimentos será feita a avaliação neuropsicológica. Esta avaliação visa analisar a existência de problemas neuropsicológicos (e.g. memória, atenção,...) e será em tudo idêntica à que já foi realizada anteriormente neste serviço”.*

Após a explicação era perguntado a ambos se aceitavam participar na investigação e se existiam dúvidas em relação a esta. Era também informado que caso não quisesse aceitar participar, seria feita a avaliação prevista na convocatória. Quando aceite participar era fornecido um formulário de consentimento informado (apêndice – página 64), para ser assinado por ambos, que referia tudo o que foi explicado oralmente, com o intuito de confirmar se perceberam e esclareceram todas as dúvidas. Inicialmente estavam previstas a avaliação de sete indivíduos que sofreram TCE (marcações essas previamente feitas pelo Serviço), contudo duas pessoas não compareceram à avaliação. As restantes cinco compareceram e aceitaram sem problemas participar no estudo, não tendo portanto existido nenhuma recusa.

Após a obtenção do consentimento foi realizada uma entrevista semi-estruturada, de forma separada, começando pelo familiar (enquanto o indivíduo que sofreu TCE preenchia numa sala aparte o EBIQ). Finalizadas estas atividades trocavam de lugar. Na entrevista ao familiar eram abordados assuntos, em relação ao indivíduo que sofreu TCE: que emprego tinha, as funções que desempenhava e responsabilidades exigidas, se tentou regressar ao emprego antigo ou a outro novo, e o porquê de não ter tido sucesso. Se tem motivação, interesse para a procura contínua de trabalho e que tipo de trabalho procura. Quais as principais dificuldades sentidas pós lesão, a nível cognitivo e comportamental, e como essas se manifestam no quotidiano. Todas estas questões forneciam uma importante noção acerca das circunstâncias atuais da vida do indivíduo que sofreu TCE. Na entrevista ao indivíduo que sofreu o TCE eram colocadas as mesmas questões, mas agora para o próprio responder acerca de si.

A entrevista foi realizada pelo autor deste trabalho, mas sempre acompanhado por um colega que registava também por escrito, os aspetos mais importantes. Posteriormente, os dois registos eram confrontados, garantindo assim uma maior fiabilidade. Após a entrevista, e ainda no mesmo dia, era realizada a avaliação neuropsicológica.

Uma vez que foram utilizadas questões abertas durante a entrevista, e devido às características específicas de cada situação, para a análise das respostas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Para o efeito, e tendo em conta a reduzida dimensão da amostra, as respostas foram analisadas apenas por dois observadores em conjunto.



## IV. Resultados

Os resultados serão apresentados caso a caso.

### Caso JD

*Sexo: Masculino; Idade: 22 anos; Profissão anterior ao TCE: Jardineiro*

Como se pode observar no Quadro 2a, os resultados da avaliação neuropsicológica identificam várias perturbações, nomeadamente atenção dispersa, dificuldades ao nível mnésico (memória imediata, dígitos, aprendizagem verbal e memória de trabalho), um nível baixo de velocidade de processamento e perturbações do funcionamento executivo e do comportamento, demonstrando impulsividade, dificuldade em realizar pensamento estratégico, o que leva a não conseguir realizar alternância cognitiva, assim como baixa tolerância à frustração.

Em contraste com esta avaliação, JD refere, quando questionado acerca das dificuldades que resultaram do TCE, que não tem qualquer tipo de problemas cognitivos nem comportamentais, referindo apenas uns ligeiros esquecimentos, mas esporádicos, e que remetem apenas para coisas que não são importantes na sua vida. Quando comparada a resposta do familiar (mãe) com a de JD, verifica-se uma grande discrepância de opiniões, pois o familiar refere diversas dificuldades que afetam o funcionamento cognitivo e o comportamento de JD, sendo este o aspeto mais importante, isto é, com maior impacto no quotidiano (*Quadro 3 – página 36*). Em relação às dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho, volta a encontrar-se discrepância o familiar realça novamente as alterações do comportamento, enquanto JD refere que não existem impedimentos para o seu retorno ao trabalho (*Quadro 4 – página 37*).

Nos domínios do EBIQ, os resultados da auto-avaliação de JD estão significativamente abaixo da média dos valores da população de controlo em todos os domínios, sendo compatível com o que JD salienta na entrevista, ou seja, que não tem quaisquer dificuldades e que está “melhor que muitos”. Verifica-se assim falta de *insight* acerca da sua própria condição. Contrariamente, na análise das respostas da mãe, verifica-se alterações em todos os domínios, excepto no somático, com valores superiores à média dos obtidos nos familiares dos controlos.

**Tabela 2a.-** Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso JD

<b>Funcionamento Cognitivo e Comportamental</b>	<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	<b>Auto-avaliação da pessoa que sofreu TCE</b>	<b>Avaliação do familiar (mãe)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção e concentração</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção dispersa com baixo rendimento de trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não tenho problemas”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Pouca concentração nas coisas que faz (...)”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Memória</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível da informação geral;</li> <li>• Baixa capacidade de controlo mental;</li> <li>• Dificuldades ao nível da memória lógica (imediate) e de dígitos;</li> <li>• Dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa);</li> <li>• Baixa capacidade em reter a informação previamente fornecida e manipula-la para dar resposta à questão pretendida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Esquecimentos nada de especiais... coisas que não interessam, o que me interessa não me esqueço”;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano e prospectiva;</li> <li>• “não reconhece as dificuldades de memória”;</li> <li>• “marca encontros com amigos e depois esquece-se, não se recorda com que pessoas esteve (...) tem dificuldade em reter o que lhe dizem”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Velocidade de processamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa velocidade de processamento;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado temporal e espacialmente</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funções Executivas e comportamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa tolerância à frustração;</li> <li>• Impulsividade;</li> <li>• Dificuldade na alternância cognitiva;</li> <li>• Não realiza pensamento estratégico;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Muito mais agressivo” (verbalmente);</li> <li>• Irritação; frustração; grita; enerva-se;</li> </ul>
		Resultados em função das médias dos controlos	Resultados em função das médias dos familiares dos controlos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Experiência subjetiva de vida (EBIQ)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínios do EBIQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressão</li> <li>○ Cognitivo/motivação</li> <li>○ Impulsividade</li> <li>○ Somático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> <li>• 1,23 (1 DP abaixo);</li> <li>• 1,36 (valor médio baixo);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,79 (valor médio alto);</li> <li>• 2,54 (2 DP acima);</li> <li>• 3 (2 DP acima);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>

## Caso PM

*Sexo:* Feminino; *Idade:* 35 anos; *Profissão anterior ao TCE:* Comercial de informática

Os resultados da avaliação neuropsicológica (Quadro 2b) demonstram mais dificuldades cognitivas além das referidas por PM (apenas mnésicas). Verifica-se uma atenção dispersa e dificuldades ao nível da memória imediata, visual, dígitos, capacidade de aprendizagem verbal e memória de trabalho, assim como, uma baixa velocidade de processamento, desorientação temporal e também dificuldades no funcionamento executivo, verificando-se impulsividade de resposta e a não realização de pensamento estratégico.

Quando questionada acerca das suas dificuldades originadas pelo TCE, PM refere dificuldades de memória que interferem no seu quotidiano, sendo este o único domínio cognitivo, que segundo PM, está comprometido após o TCE. A dificuldade ao nível da memória prospetiva é considerada, por PM, como a que mais impacto tem no seu dia-a-dia (Quadro 3) A familiar (irmã) corrobora as dificuldades mnésicas referidas anteriormente e adiciona outras dificuldades cognitivas e comportamentais, realçando as últimas, como as que maior impacto causam no quotidiano, alterando de forma significativa a dinâmica familiar (Quadro 3). Em relação às dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho a familiar está de acordo com PM, referindo ambas as dificuldades de memória. Contudo, a familiar refere também as alterações no comportamento, sendo estas consideradas como as mais impeditivas no regresso ao trabalho (Quadro 4).

Nos domínios do EBIQ em auto-avaliação, por parte de PM, verifica-se que tal como o caso clínico anterior, não valoriza os problemas de forma idêntica ao familiar. Contrariamente, considera que há dificuldades em todos os domínios, excepto no somático. Verifica-se de novo a diferença de *insight* acerca dos défices e da forma como estes se manifestam no quotidiano da pessoa que sofreu TCE, sendo que o familiar tem maior consciência dessas dificuldades (Quadro 3).

**Tabela 2b.-** Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso PM

<b>Funcionamento Cognitivo e Comportamental</b>	<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	<b>Auto-avaliação da pessoa que sofreu TCE</b>	<b>Avaliação do familiar (irmã)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção e concentração</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção dispersa com um rendimento de trabalho normal;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “muitas dificuldades de concentração (...)”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Memória</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível da informação geral;</li> <li>• Baixa capacidade de controlo mental;</li> <li>• Dificuldades ao nível da memória lógica (imediate), visual e de dígitos;</li> <li>• Dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa);</li> <li>• Baixa capacidade em reter a informação previamente fornecida e manipula-la para dar resposta à questão pretendida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano;</li> <li>• “Perco-me em conversas, não me recordo dos temas que estava a discutir; onde meto coisas; o que tenho para fazer”;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano;</li> <li>• “acompanhar conversas... saber o que estávamos a falar”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Velocidade de processamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa velocidade de processamento;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientação temporal (mês e dia do mês);</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganização temporal no quotidiano;</li> <li>• Desorientação espacial para sítios novos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funções Executivas e comportamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsividade;</li> <li>• Dificuldade na alternância cognitiva;</li> <li>• Não realiza pensamento estratégico;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritação; frustração; grita; enervase;</li> <li>• Manipuladora;</li> </ul>
		Resultados em função das médias dos controlos	Resultados em função das médias dos familiares dos controlos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Experiência subjetiva de vida (EBIQ)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínios do EBIQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressão</li> <li>○ Cognitivo/motivação</li> <li>○ Impulsividade</li> <li>○ Somático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,07 (1 DP abaixo);</li> <li>• 1,38 (valor médio baixo);</li> <li>• 1,45 (valor médio baixo);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,29 (2 DP acima);</li> <li>• 2,69 (3 DP acima);</li> <li>• 2,9 (2 DP acima);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>

## Caso JF

*Sexo*: Masculino; *Idade*: 25 anos; *Profissão anterior ao TCE*: Serralheiro

Nos resultados da avaliação neuropsicológica de JF verifica-se uma atenção dispersa, corroborando os próprios receios de JF em distrações na condução (Quadro 2c). São encontradas dificuldades ao nível da capacidade de aprendizagem verbal, memória imediata e baixa capacidade de controlo mental, dificuldades ao nível da orientação temporal, pouca flexibilidade cognitiva, sendo impulsivo e tendo dificuldades na alternância cognitiva.

Os resultados da avaliação vão, em parte, ao encontro do que foi realçado por JF e pela sua mãe. JF refere dificuldades em várias áreas cognitivas, nomeadamente na capacidade de atenção/concentração, capacidades mnésicas, velocidade de processamento e também no comportamento, sendo na sua perspetiva as dificuldades de atenção as mais importantes, pois podem levar a distrações enquanto conduz (Quadro 3). Refere também dificuldades em mais áreas que a familiar (Quadro 4). Esta dá relevo às dificuldades mnésicas no quotidiano e de memória prospetiva, assim como às alterações do comportamento, sendo estas alterações que destaca como tendo maior impacto (Quadro 3). Nas dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho, verificam-se novamente certas similaridades de resposta. JF refere como única e a mais impeditiva a dificuldade que tem em conversar com as pessoas, a pouca paciência que tem em lidar com elas, o que é de certa forma corroborada pela mãe, que realça as modificações no comportamento de JF como as que estão a ser mais impeditivas do retorno ao trabalho (Quadro 4).

Nos resultados do questionário de JF verifica-se, sobretudo, valores dentro das médias da população de controlo, um pouco altos nos domínios Depressão e Impulsividade, demonstrando o bom *insight* que JF tem acerca das suas dificuldades comportamentais, em coincidência com a avaliação feita pela familiar.

**Tabela 2c.-** Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso JF

<b>Funcionamento Cognitivo e Comportamental</b>	<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	<b>Auto-avaliação da pessoa que sofreu TCE</b>	<b>Avaliação do familiar (mãe)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção e concentração</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção dispersa com um bom rendimento de trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receio de conduzir sozinho por se poder distrair;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Memória</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível da informação geral;</li> <li>• Baixa capacidade de controlo mental;</li> <li>• Dificuldades ao nível da memória lógica (imediata);</li> <li>• Dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades ao nível da memória relativamente ao que tem de fazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano e do que precisa de fazer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Velocidade de processamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta uma capacidade de processamento de informação adequada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raciocínio mais lento, com mais esforço</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientação temporal (mês e dia);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funções Executivas e comportamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsividade;</li> <li>• Incapaz de realizar alternância cognitiva;</li> <li>• Não realiza pensamento estratégico;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos tolerante com as pessoas com quem convive Zanga-se muito e descarrega nos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Está muito mais reservado, mais calado”</li> <li>• Saí menos de casa Não quer falar com as pessoas</li> </ul>
		Resultados em função das médias dos controlos	Resultados em função das médias dos familiares dos controlos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Experiência subjetiva de vida (EBIQ)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínios do EBIQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressão</li> <li>○ Cognitivo/motivação</li> <li>○ Impulsividade</li> <li>○ Somático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,79 (valor médio alto);</li> <li>• 1,5 (valor médio baixo);</li> <li>• 1,69 (valor médio alto);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5 (valor médio alto);</li> <li>• 1,45 (valor médio baixo);</li> <li>• 1,38 (valor médio baixo);</li> <li>• 1,3 (valor médio baixo);</li> </ul>

## Caso AS

*Sexo:* Feminino; *Idade:* 39 anos; *Profissão anterior ao TCE:* Gerente de quiosque

Os resultados da avaliação neuropsicológica de AS identificam vários domínios cognitivos em que existem dificuldades, nomeadamente uma atenção dispersa, dificuldades ao nível da memória imediata, visual, dígitos e da capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa), assim como uma baixa capacidade em reter a informação e manipulá-la (memória de trabalho). Verifica-se lentificação da capacidade de processamento, assim como uma baixa tolerância à frustração na prova da WCST, não realizando pensamento estratégico e tendo dificuldade na alternância cognitiva (Quadro 2d).

AS refere na entrevista problemas mnésicos e dificuldade em evocar palavras como sendo as dificuldades resultantes do TCE. Estas dificuldades ocorrem, por exemplo no discurso espontâneo, tendo dificuldades de evocação de palavras e também ao nível da memória do dia-a-dia., e são as que maior impacto causam no seu quotidiano (Quadro 3). O familiar (marido) corrobora os esquecimentos mas dá-lhe mais ênfase e relata também dificuldades noutros domínios cognitivos, nomeadamente na velocidade de processamento, funcionamento executivo e comportamento (Quadro 1d), sendo este último o que o cuidador considera com maior impacto (Quadro 3). Relativamente às dificuldades mais impeditivas para o regresso ao trabalho, AS volta a realçar exclusivamente as suas dificuldades de memória, enquanto o familiar volta a referir as alterações do comportamento, como a mais impeditiva, pois AS já não tem, por exemplo, paciência para estar no trabalho e lidar com clientes (Quadro 4).

Nos domínios do EBIQ os resultados da auto-avaliação de AS estão significativamente superiores à média dos valores da população de controlo em dois domínios, nomeadamente a Depressão e Impulsividade, aspetos que não realçou na entrevista. No geral a auto-avaliação desta senhora e a feita pelo marido são idênticas o que não aconteceu na entrevista.

**Tabela 2d.-** Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso AS

<b>Funcionamento Cognitivo e Comportamental</b>	<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	<b>Auto-avaliação da pessoa que sofreu TCE</b>	<b>Avaliação do familiar (marido)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção e concentração</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção dispersa com rendimento de trabalho normal;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Memória</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível da informação geral;</li> <li>• Baixa capacidade de controlo mental;</li> <li>• Dificuldades ao nível da memória lógica (imediata), visual e de dígitos;</li> <li>• Dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa);</li> <li>• Baixa capacidade em reter a informação previamente fornecida e manipula-la para dar resposta à questão pretendida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano;</li> <li>• Dificuldade na evocação de palavras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano e prospectiva;</li> <li>• Dificuldade de evocação de palavras;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Velocidade de processamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentificação da capacidade velocidade de processamento de informação;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raciocínio mais lentificado;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientada temporal e espacialmente</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funções Executivas e comportamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa tolerância à frustração;</li> <li>• Dificuldade na alternância cognitiva;</li> <li>• Não realiza pensamento estratégico;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade na organização do quotidiano (a casa);</li> <li>• Irritação; frustração; grita; enerva-se;</li> <li>• “Não tem paciência para nada”;</li> </ul>
		Resultados em função das médias dos controlos	Resultados em função das médias dos familiares dos controlos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Experiência subjetiva de vida (EBIQ)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínios do EBIQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressão</li> <li>○ Cognitivo/motivação</li> <li>○ Impulsividade</li> <li>○ Somático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 (1 DP acima);</li> <li>• 1,9 (valor médio alto);</li> <li>• 2,07 (1DP acima);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5 (valor médio alto);</li> <li>• 2,2 (1 DP acima);</li> <li>• 1,77 (valor médio alto);</li> <li>• 1,3 (valor médio baixo);</li> <li>•</li> </ul>



## Caso TR

*Sexo*: Masculino; *Idade*: 23 anos; *Profissão anterior ao TCE*: Empregado de Balcão

Na avaliação neuropsicológica de TR são encontradas dificuldades ao nível de algumas áreas cognitivas, nomeadamente uma atenção muito dispersa com baixo rendimento de trabalho, dificuldades ao nível da memória imediata, visual, dígitos, da capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa) e da capacidade de reter informação e manipula-la (memória de trabalho), uma baixa capacidade de processamento de informação compatível com as queixas de lentificação de raciocínio referidas pelo próprio. Verifica-se desorientação temporal, assim como dificuldades ao nível do funcionamento executivo, tendo dificuldades na realização da WCST, não realizando pensamento estratégico das jogadas, sendo assim incapaz de realizar alternância cognitivas das mesmas (Quadro 2e).

TR refere dificuldades em algumas funções cognitivas, nomeadamente dificuldades na concentração, assim como, dificuldades de memória no seu dia-a-dia, sentindo também o seu raciocínio mais lento, sendo necessário fazer esforço para perceber algumas coisas que lhe dizem (Quadro 2e). Esta última dificuldade é, segundo TR, a que mais impacto tem no seu quotidiano. O familiar (mãe) corrobora as dificuldades relatadas por TR, adicionando também dificuldades na organização do quotidiano e também do comportamento. Sendo as alterações do comportamento, como a falta de interesse e motivação, as que maior impacto tiveram após o TCE (Quadro 3). Relativamente às dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho encontra-se uma discrepância nas opiniões, sendo que o familiar refere a falta de interesse para fazer alguma coisa como o principal impedimento para o regresso ao trabalho. Já TR, apesar de referir TCE lhe trouxe alguns impedimentos, refere que estes não o impedem o regressar ao trabalho (Quadro 4).

No EBIQ os resultados de TR mostram algum insight sobre a situação, mas longe dos valores apontados pela sua familiar, relativamente à Cognição/Motivação e à Impulsividade. Apenas no domínio Depressão TR acha que não tem problemas e a mãe considera o contrário.

**Tabela 2e.-** Avaliação Neuropsicológica e dificuldades relatadas pelos próprios e por um familiar – Caso TR

<b>Funcionamento Cognitivo e Comportamental</b>	<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	<b>Auto-avaliação da pessoa que sofreu TCE</b>	<b>Avaliação do familiar (mãe)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção e concentração</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção muito dispersa com baixo rendimento de trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Algumas dificuldades de concentração”;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Memória</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível da informação geral;</li> <li>• Baixa capacidade de controlo mental;</li> <li>• Dificuldades ao nível da memória lógica (imediata), visual e de dígitos;</li> <li>• Dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa);</li> <li>• Baixa capacidade em reter a informação previamente fornecida e manipula-la para dar resposta à questão pretendida (memória de trabalho);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória no quotidiano</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Velocidade de processamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa velocidade de processamento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raciocínio mais lento, com mais esforço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raciocínio mais lentificado;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientação temporal (mês, dia, dia da semana);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funções Executivas e comportamento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapaz de realizar alternância cognitiva;</li> <li>• Não realiza pensamento estratégico;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades na organização do quotidiano;</li> <li>• “Mais reservado, mais calado”;</li> <li>• “Saí menos de casa”;</li> <li>• “Não quer falar com as pessoas”;</li> <li>• Falta de iniciativa;</li> </ul>
		Resultados em função das médias dos controlos	Resultados em função das médias dos familiares dos controlos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Experiência subjetiva de vida (EBIQ)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínios do EBIQ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressão</li> <li>○ Cognitivo/motivação</li> <li>○ Impulsividade</li> <li>○ Somático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,35 (valor médio baixo);</li> <li>• 1,8 (valor médio alto);</li> <li>• 1,61 (valor médio alto);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,86 (1 DP acima);</li> <li>• 2,45 (2 DP acima);</li> <li>• 2,85 (3 DP acima);</li> <li>• 1 (1 DP abaixo);</li> </ul>

**Quadro 3.** Das dificuldades que referiu qual considera como mais importante, que tem maior impacto?

	<b>Qual considera que tem maior impacto (quotidiano)?</b>	<b>Porquê?</b>
<b>JD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“tô melhor que muitos, não tenho nada”</li> </ul>
<b>Familiar JD (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento (irritabilidade; reações violentas à frustração; impulsividade; agressividade verbal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Não é possível ajudar porque não a aceita e não sei o que hei-de fazer, começo a chorar”</li> </ul>
<b>PM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldades memória relativamente ao que de fazer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Esqueço-me do que tenho para fazer, tenho encontros ou sítios para estar e esqueço-me ou troco os dias”</li> </ul>
<b>Familiar PM (irmã)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento (irritabilidade; reações violentas à frustração; impulsividade; agressividade verbal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Afeta toda a dinâmica familiar”</li> <li>“Faz-me sentir responsável por ela”</li> <li>“Demasiado intrusiva, não respeita o espaço dos outros”</li> </ul>
<b>JF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter medo de se distrair e por isso não querer conduzir sozinho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Agora tenho de andar sempre acompanhado a guiar, é limitativo”</li> </ul>
<b>Familiar JF (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento (mais reservado; mais calado; zanga-se com facilidade, prefere estar sozinho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Porque se isola mais e está menos tolerante”</li> </ul>
<b>AS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldades memória relativamente ao que tem de fazer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Esqueço-me de fazer as coisas e o meu marido diz que eu não me esforço para me lembrar”</li> </ul>
<b>Familiar AS (marido)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento (irritabilidade; reações violentas à frustração; impulsividade; agressividade verbal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Irrita-se por tudo e não tem paciência para ninguém”</li> </ul>
<b>TR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raciocínio mais lento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Dizem-me as coisas e às vezes tenho de parar porque parece que demoro a compreender a frase toda”</li> </ul>
<b>Familiar TR (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de interesse e motivação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Não tem objetivos para o futuro;”</li> <li>“Falta de vontade para fazer as coisas”</li> </ul>

**Quadro 4.** Relativamente à possibilidade de regresso ao trabalho, quais acha que são as dificuldades mais impeditivas?

	<b>Quais as dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho?</b>	<b>Qual a mais importante?</b>	<b>Porquê?</b>
<b>JD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem dificuldades impeditivas</li> </ul>		
<b>Familiar JD (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> <li>• Desinteresse</li> <li>• Dificuldades de memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Tem pouca tolerância à frustração e à contrariedade, só quer fazer o que gosta”</li> </ul>
<b>PM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memória e dificuldades de aprendizagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Porque falho reuniões com os clientes e baralho as informações todas, dizem para fazer uma coisa e esqueço-me”</li> </ul>
<b>Familiar PM (irmã)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> <li>• Dificuldades de memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A impulsividade... age sem pensar”</li> <li>• “Tem uma enorme dificuldade em planear e gerir a vida... começa a fazer uma tarefa, passado um bocado farta-se... vai para outra, depois anda assim, não acaba nada, farta-se de tudo (...)”</li> </ul>
<b>JF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em falar com as pessoas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar com as pessoas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Falta de paciência para estar atento ao que as pessoas me dizem e ter de ser simpático”</li> </ul>
<b>Familiar JF (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> <li>• Dificuldades de memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento (muito isolado);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não consegue manter-se no emprego”</li> <li>• “Farta-se rapidamente e começa a comparar com emprego antigo, “começa a desanimar a não querer falar com as pessoas e pronto sai...”</li> </ul>
<b>AS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sei que tenho coisas para tratar e para fazer e não me recordo do quê”;</li> <li>• “Troco as quantidades das coisas que tinha de encomendar”</li> </ul>
<b>Familiar AS (marido)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento</li> <li>• Dificuldades de memória</li> <li>• Falta de organização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não tem paciência” para estar no trabalho</li> <li>• “ (...) Falar com as pessoas, farta-se e depois ainda começa a ser mais azeda para os clientes, depois perguntam-lhe se tem a revista X ou Y e ela já não sabe irrita-se logo...”</li> </ul>
<b>TR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem dificuldades impeditivas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não surgiu nada de interessante e também agora não me apetece ir trabalhar, não sei se vou voltar a escola, logo vejo agora tou bem casa”</li> </ul>
<b>Familiar TR (mãe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinteresse</li> <li>• Dificuldades de memória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de interesse para fazer as coisas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Só está em casa (...) não tem iniciativa nem motivação para fazer as coisas”</li> </ul>

No geral, a avaliação feita pelos participantes mostra a inexistência de problemas no domínio somático, especialmente os indivíduos que sofreram TCE. Este domínio diz respeito a queixas “físicas”, como dores de cabeça ou dificuldades em dormir.

No conjunto de casos observados podemos salientar o seguinte:

- a) Caso JD – a avaliação neuropsicológica mostra que JD não tem capacidade para voltar a exercer a profissão de jardineiro de forma independente. Poderá fazê-lo, mas com supervisão permanente, em resultado essencialmente das perturbações de memória, das alterações do comportamento e da falta de *insight* sobre a sua situação. O facto de ele se achar bem, ou mesmo em melhores condições que outras pessoas, será uma influência negativa relativamente a qualquer tentativa de voltar a trabalhar. Por outro lado, a perspectiva da mãe que remete para questões de comportamento, também é pouco realista face à possibilidade de JD voltar ao trabalho.
- b) Caso PM – apesar de algumas limitações, PM poderia conseguir voltar ao seu trabalho, na área comercial de informática, entrando a um nível mais baixo e com apoio direto, pelo menos numa fase inicial e exploratória das suas capacidades em contexto real. As razões que indica, no âmbito da memória prospectiva são realmente limitativas na sua área profissional, bem como as invocadas pela irmã relativas à impulsividade e incapacidade de planeamento.
- c) Caso JF – demonstra ter um bom *insight* e há bastante coincidência com a opinião da mãe, o que por si só constitui fatores positivos para o regresso ao trabalho. A avaliação mostra que poderá voltar a trabalhar como serralheiro desde que com apoio direto, pelo menos inicialmente, e em tarefas do tipo rotineiras. O facto de ele não conseguir permanecer num emprego pode dever-se exatamente à falta de concretização dos dois aspetos referidos.
- d) Caso AS – Esta senhora tentou voltar a trabalhar, mas essa tentativa falhou, pois a sua atividade, tomar conta de um quiosque, não é a mais adequada para o seu atual perfil cognitivo e comportamento. Para tal desempenho é necessário manter e relembrar muita informação e contacto com os clientes, o que pode ser gerador (e foi daí o fracasso da tentativa de regresso) de situações de frustração e consequentes reações adversas.
- e) Caso TR – a avaliação neuropsicológica mostra que TR não deve voltar a exercer a profissão de empregado de balcão, uma vez que esta exige

atendimento ao público, concentração, memória e iniciativa... O indivíduo tem pouco *insight* sobre as suas dificuldades e considera que como não há nada de interessante para fazer, fica lá em casa. Por sua vez, a mãe refere alguns problemas cognitivos e de comportamento, acha essencialmente que ele não tem motivação para fazer nada. Nesta situação apenas um trabalho do tipo manual, rotineiro e com supervisão (trabalho protegido) parece ser uma escolha adequada.

## V. Discussão

De forma a identificar o mais detalhadamente possível as dificuldades cognitivas e comportamentais/emocionais que se manifestam nos contextos mais importantes do indivíduo que sofreu o TCE, e indo ao encontro do tema central do trabalho que é perceber quais as dificuldades mais impeditivas do seu regresso ao trabalho, foram formuladas três questões orientadoras. Assim, e começando por responder à questão orientadora (“*Os resultados da avaliação neuropsicológica são coincidentes com os aspetos identificados, quer pelas pessoas que sofreram TCE, quer pelos seus familiares?*”), verifica-se, em todos os casos descritos anteriormente, discrepância entre o que é referido pelo indivíduo que sofreu TCE, o que é referido pelo familiar e os resultados da avaliação neuropsicológica.

Verifica-se que, maioritariamente, os familiares dão mais informação e têm maior consciência das dificuldades que resultaram do TCE e que, conseqüentemente estão a ser impeditivas em todo o quotidiano do indivíduo que sofreu a lesão. É também a informação dada pelo familiar, a que mais se aproxima dos resultados da avaliação neuropsicológica. A falta de *insight*, ou seja, a inexistência de consciência para os défices cognitivos, alterações de personalidade e comportamentos pouco adequados são comumente observado em TCE moderado a grave, e de um grande impedimento para o regresso ao trabalho (Flashman, Amador & McAllister, 2005). Os resultados observados acerca do insight dos défices vão ao encontro do que é descrito na literatura, pois verifica-se que os indivíduos que sofreram TCE queixam-se muito menos de alterações no julgamento, personalidade e/ou comportamento. Contudo, apesar de alguns indivíduos exibirem alguma consciência acerca dos seus défices intelectuais, mnésicos e de linguagem, muito raramente reconhecem alterações na personalidade ou comportamentos, tais como irritabilidade, impulsividade e instabilidade emocional, que são reportados pelos familiares/cuidadores (McKinlay & Brooks, 1984, citados por Flashman, Amador & McAllister, 2005), consolidando assim os resultados encontrados neste estudo. É preciso ter em conta que a família pode por vezes atribuir esses défices à falta de vontade, preguiça do indivíduo que sofreu a lesão ou outros motivos não diretamente dependentes do TCE, o que por si só pode gerar conflito e *stress*, quer nesse indivíduo, que nos próprios familiares.

No entanto, é importante realçar que se a falta de insight dos indivíduos que sofreram lesão cerebral é responsável pela má avaliação acerca da sua própria condição, não

podemos assumir que o ponto de vista dos familiares é totalmente verdadeiro, pois o tipo de relação e *stress* vivido por estes pode influenciar o próprio julgamento da situação (Santos, Castro-Caldas & Sousa, 1998).

Algo notório durante as entrevistas foi que quanto mais graves eram as queixas comportamentais, pior eram as queixas acerca da relação familiar. O caso *PM* é exemplo disso, a familiar (irmã) refere que os comportamentos da sua irmã estão a afetar a sua própria dinâmica familiar, pois *PM* está “*sempre a chatear com telefonemas... ela sabe que eu trabalho, mas liga uma quantidade enorme de vezes, se rejeito ainda é pior e fica toda chateada*” e piora pois *PM* não tem consciência do quão estes comportamentos afetam a sua irmã “*tento mostrar-lhe que não pode estar sempre a ligar-me no trabalho, mas ela não percebe e fica irritada e começa aos gritos*”. Outro exemplo semelhante é o caso *AS*, em que o marido refere que “*irrita-se por tudo e não tem paciência para ninguém, nem ninguém para ela, por exemplo, começa a embirrar com a filha que tem Trissomia 21 por esta ser lenta e demorar a fazer as coisas como a mãe pede...*”. *AS* também não consegue controlar os seus comportamentos que perturbam a família, e tem uma ligeira tendência para culpabilizar os outros pelas suas reações “*meu marido não compreende as coisas, tá sempre a embirrar comigo porque pensa que faço de propósito... que me esqueço das coisas que ele pede porque é de propósito e isso irrita-me*”. Paralelamente, também o marido a culpabiliza a ela. No polo oposto encontra-se o caso *JF*, em que existe uma boa relação familiar entre este e o familiar (mãe), apesar de também existirem por vezes comportamentos que podem afetar a família.

A família (relação familiar) é assim um fator necessário a ter em conta por parte dos profissionais de saúde que acompanham o indivíduo que sofreu TCE, pois as ligações emocionais entre membros familiares e a capacidade desses membros se adaptarem a alterações nos papéis, relacionamentos e regras em alturas de *stress* pode influenciar a satisfação de vida após o TCE (Johnson *et al.*, 2010). Assim, a falta de informação e apoios aos indivíduos que sofrem TCE e às respetivas famílias acerca das alterações daí resultantes, leva à não compreensão das dificuldades e a uma comparação excessiva com o seu *eu* passado, criando maior pressão para com o indivíduo lesado e possivelmente agravando a sua condição. Segundo estudo de Deloche, Dellatolas e Christensen (1999), constatou-se numa população de indivíduos com défices resultantes de lesão cerebral, que os familiares de indivíduos lesados avaliavam a sua experiência



de vida pré-mórbida de uma forma idealizada. Isto porque, a existência de problemas atuais fazia com que a avaliação do passado fosse considerada como tendo menos problemas do que os referidos por uma população de controlo.

Neste sentido é preciso então realçar a necessidade de informar as pessoas acerca da sua própria condição de saúde, sendo este um dever, pois qualquer profissional de saúde tem de estar consciente que “trabalha” para o doente e para o seu bem-estar. Champion (2006), refere que aumentar o conhecimento do paciente (acerca da sua condição) está associado a um aumento na adesão a regimes de saúde e conseqüente aumento da satisfação do paciente. Sendo que, uma adaptação à doença está associada ao aumento de acesso do paciente à informação relevante (Revisão de Champion, 2006).

Sabe-se também que existem dois elementos informativos a que os cuidadores dão mais valor: informação acerca da condição do próprio (indivíduo que sofreu lesão) e, como obter apoio (Revisão de Champion, 2006). Essa falta de apoio foi reconhecida por todos os familiares dos indivíduos que sofreram TCE. Assim, pequenos programas educacionais devem ser promovidos aos cuidadores, estando associados a uma significativa redução nos níveis de ansiedade (Wilson, 2011). Fornecer estratégias para lidar com as dificuldades cognitivas e comportamentais, apoio individual, grupos de apoio para que possam partilhar experiências e para que se sintam mais compreendidos por falarem com pessoas que estão em situações semelhantes.

A avaliação do estado cognitivo, psicossocial e funcional na altura da alta, e na reabilitação, assim como a avaliação dos suportes ambientais, pode fornecer informação particularmente relevante no que diz respeito sobre a capacidade do indivíduo que sofreu TCE adquirir uma futura ocupação e as exigências ambientais que conseguirá suportar (Sterigou-Kita, *et al.*, 2011).

A Neuropsicologia fornece uma avaliação integradora dos domínios cognitivos, comportamentais e emocionais, sendo que vários são os estudos que realçam a associação entre a avaliação do funcionamento neuropsicológico e o regresso ao trabalho (e.g. Stergiu-Kita, Dawson & Rappolt, 2011). Analisando de uma forma geral os resultados das avaliações neuropsicológicas, percebe-se que existe quatro domínios cognitivos onde todos os indivíduos que sofreram TCE têm dificuldades, de maior ou menor gravidade: atenção/concentração, velocidade de processamento, memória e funcionamento executivo. Todos os indivíduos demonstram ter dificuldades na

capacidade de sustentação da atenção para maiores períodos de tempo, sendo consistente com a literatura que refere, em indivíduos que sofrem TCE, uma grande incapacidade de se manterem concentrados, sendo facilmente distraídos (Bales, Wagner, Kline & Dixon, 2009). Associado às dificuldades de atenção, encontra-se alterações nas medidas de velocidade de processamento (Bales *et al.*, 2009). Neste estudo foram encontradas, em quatro indivíduos, baixa capacidade de processamento de informação, sendo que apenas três dos indivíduos relatam na entrevista o seu raciocínio mais lento, ou maior dificuldade em perceber as coisas, sendo necessário mais tempo para assimilarem o que lhe dizem, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos (Revisão de Vakil, 2005), em que se verificou que o acesso à informação semântica estava mais lentificado no indivíduos que sofreram TCE do que nos controlos saudáveis, e que a velocidade de processamento, em indivíduos que sofreram TCE, estava mais lentificada comparativamente aos controlos saudáveis, mesmo quando a precisão do desempenho foi equiparada entre grupos.

As dificuldades de memória são a queixa central em pessoas que sofreram TCE, nestes casos as principais dificuldades encontradas na avaliação neuropsicológica remeteram para a capacidade de aprendizagem verbal (memória associativa), memória imediata e de trabalho. O que novamente vai ao encontro da literatura, já que as queixas de memória são um dos défices mais significativos pós TCE e uma das queixas mais frequentemente ouvidas pelos indivíduos lesados e os seus cuidadores (Vakil, 2005). Apesar de os indivíduos que sofreram TCE e os seus familiares referirem (uns mais que outros) queixas mnésicas, não existe uma noção clara, da parte de ambos, acerca do seu grau de perturbação para o que em muito contribui a falta de informação e de apoio relativamente às suas potenciais dificuldades. Uma das principais queixas, mais especificamente, ao nível mnésico, remete para as dificuldades na memória prospetiva, sendo que esta é identificada como um fator importante para erros aquando o desempenho de várias tarefas. Com a alteração na capacidade da memória de trabalho, o potencial para erros aumenta nas atividades que requerem a realização de multitarefas, pois a diminuição da capacidade para manter e manipular informação, leva a mais esquecimentos de ações futuras, para as quais a memória prospetiva é crucial (Bootes & Chapparo, 2010).

No entanto, apesar de muitos indivíduos e familiares/cuidadores frequentemente enfatizarem a “memória” como principal preocupação, a disfunção do controlo

executivo pode ser o aspecto mais incapacitante do compromisso cognitivo após a lesão cerebral (Bales *et al.*, 2009). Tal foi verificado com a aplicação do WCST, em que nenhum dos indivíduos que sofreu TCE conseguiu realizar a prova, sendo consistente com os estudos de Ord, Greve, Bianchini e Aguerrevere (2010), que constataram em indivíduos que sofreram TCE moderado a grave a existência de grandes défices no desempenho da WCST, sendo que após 12 meses da lesão, esses mesmos indivíduos, têm a probabilidade de vir a aumentar os défices a esse nível. Também no presente estudo os indivíduos avaliados demonstraram pouca flexibilidade cognitiva, não utilizando pensamento estratégico das jogadas e sendo impulsivos, o que dificulta a capacidade de alternância cognitiva e cometendo diversos erros perseverativos, o que aliás é uma das dificuldades mais notórias nesta prova, nesta população clínica (Ord *et al.*, 2010).

Para o desempenho no trabalho com sucesso é necessário que o indivíduo esteja motivado, consiga iniciar e levar avante as tarefas necessárias, tenha capacidade para trabalhar de forma segura, independente e consiga realizar tarefas não-familiares, assim como, tenha a capacidade para utilizar estratégias e adaptar o *feedback* que lhe é fornecido (Bootes & Chapparo, 2002). Contudo, o comprometimento do funcionamento cognitivo após o traumatismo irá impedir o regresso ao trabalho ou fará, aquando das tentativas de retorno, com que a realização destas tarefas se torne mais difícil ou mesmo impossível. Exemplo disso é referido por Bootes e Chapparo (2010), em que os indivíduos que tinham sofrido TCE ligeiro, reportaram um aumento da exigência cognitiva associado a maiores níveis de *stress* quando regressaram ao trabalho e se compararam com a sua funcionalidade cognitiva pré-mórbida. Esta dificuldade não parece estar somente associada à redução das capacidades cognitivas, mas também à dificuldade para aplicar capacidades cognitivas estrategicamente aquando do surgimento de situações mais exigentes.

As dificuldades em manter a atenção para as tarefas, em compreender rápida e eficazmente a informação que é transmitida, a capacidade para se lembrar dessas informações, mantê-las e incorporá-las no desenrolar do trabalho, assim como a capacidade para iniciar e executar atividades não rotineiras, incluindo lidar com a novidade (criatividade na resolução de problemas), tomada de decisão, capacidade para lidar com o risco e balancear benefícios a longo-prazo com a curto-prazo, estão comprometidas em muitas pessoas que sofrem TCE, e em especial nestes cinco

indivíduos avaliados. Estas são capacidades cruciais para arranjar e manter um emprego, e o prejuízo na sua realização irá levar a uma baixa eficiência e autonomia de trabalho. O que fará com que o regresso ao trabalho falhe e mais dificuldades se instalem no indivíduo e no seu núcleo familiar.

Neste sentido torna-se importante criar *guidelines* específicas e compreensivas de forma a ajudar o indivíduo lesado a regressar ao trabalho, tendo em conta diversos tipos de fatores, tais como: fatores pessoais, ocupacionais, funcionais, ambientais e os suportes nos locais de trabalho (Kirsh, *et al.*, 2009). De acordo com Sterigou-Kita, *et al.*, (2011), não existem *guidelines* específicas para avaliações de regresso ao trabalho em adultos que tenham sofrido TCE, dada a prevalência elevada de desemprego entre esta população, faz surtir a emergência da criação dessas linhas orientadoras, conjuntas com associações de apoio e clínicas de reabilitação, que ajudem o indivíduo, pós a alta, não só na reintegração de contextos familiares e sociais, como também vocacionais de forma autónoma e produtiva.

As alterações no comportamento estão presentes em todos os indivíduos entrevistados, sendo inclusive, a dificuldade referida por todos os familiares como a que maior impacto tem no quotidiano do indivíduo que sofreu TCE e na família. No entanto, no geral, os indivíduos com TCE não têm noção que o seu comportamento/temperamento está diferente e que essas alterações afetam a dinâmica familiar (e.g. caso *PM*), e o regresso ao trabalho, referindo as dificuldades cognitivas como as de maior impacto.

A grande maioria dos indivíduos que sofrem TCE ligeiro recuperam rapidamente e regressam às suas atividades pré-mórbidas, embora um pequeno grupo possa continuar a ter algumas alterações cognitivas, comportamentais e/ou físicos. Pelo contrário, uma elevada proporção de indivíduos que sofrem TCE moderado a grave mantém alterações permanentes que podem afetar profundamente a sua capacidade de auto-cuidado, mobilidade e reintegração na sociedade (Shames *et al.*, 2007). Assim, e tendo em conta as outras duas questões orientadoras, saber que dificuldades cognitivas e comportamentais são mais impeditivas do regresso ao trabalho, na perspetiva da pessoa que sofreu TCE, e na perspetiva do familiar, verifica-se novamente uma discrepância entre a opinião do familiar e do indivíduo que sofreu TCE. Similarmente à resposta à questão: que dificuldade cognitiva ou comportamental tem maior impacto no quotidiano, verifica-se também que todos os familiares referem o comportamento como

a principal barreira para voltarem a trabalhar. Apesar de menos estudado que as dificuldades cognitivas, mas com uma importância já destacada na literatura, os indivíduos que sofrem TCE têm alterações ao nível do controlo emocional e do comportamento em geral (Bales *et al.*, 2009), que irão afetar, não só o conseguir voltar a trabalhar, como a prestação necessária para se manterem empregados, pois, para tal, é necessário que o indivíduo seja capaz de se comportar de forma socialmente apropriada, modular afetos, exibir controlo de impulsos, tolerância à frustração e capacidades para lidar com raiva, assim como ter de aplicar certas competências sociais, tais como a capacidade para desenvolver relações positivas com os colegas de trabalho, utilização do feedback e lidar com alterações de contexto que surjam no trabalho (Bootes & Chapparo, 2002). A grande maioria destes “requisitos” necessários para as pessoas trabalharem de forma adequada, dentro das dificuldades constatadas na avaliação neuropsicológica e também referidas pelos familiares como sendo as mais impeditivas para que os indivíduos regressem ao trabalho. É certo que não são necessários todos os requisitos referidos anteriormente para que um indivíduo que sofreu TCE possa arranjar e/ou manter um emprego, mas torna a procura ou a tentativa de regresso a este muito mais limitativa. Esta limitação na escolha de emprego é agravada pelo facto de que os indivíduos que sofreram TCE não têm consciência dela, devido à falta de insight, que muitas vezes culmina na atribuição da culpa a outros. Em outros dois casos avaliados onde também houve a tentativa de voltarem ao emprego, o comportamento foi o principal motivo para terem desistido. PM *“já não tinha a paciência para lidar com os clientes, era muito impulsiva a explicar as coisas e falar com eles”*; e AS *“(…) não tem paciência para estar ali no quiosque a organizar as vendas, falar com as pessoas, farta-se e depois ainda começa a ser mais azeda para os clientes, depois perguntam-lhe se tem a revista X ou Y e ela já não sabe irrita-se logo...”*.

Na opinião dos indivíduos que sofreram TCE, as dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho são as dificuldades mnésicas (PM e AS) e o facto de ter de falar/interagir com pessoas (JF). Os restantes consideram que não existem dificuldades que estejam a impedir o regresso ao trabalho (JD e TR).

Em relação aos domínios avaliados no EBIQ constata-se que em todos os casos analisados, os familiares reportam alterações para os todos os domínios, exceto o Somático, com valores superiores à média (obtidos nos familiares controlo). Não é

possível explicar esta constatação, que poderá resultar da não valorização de aspetos mais formas de ordem física, em detrimento de sequelas mais importantes.

Os domínios que estão mais acima da média dos valores obtidos nos familiares controlo, são a Impulsividade e Cognição/Motivação, sendo consistentes com o relevo das queixas apresentadas durante a entrevista. Comparativamente, os indivíduos que sofreram o TCE reportam em auto-avaliação, valores significativamente abaixo da média dos valores obtidos na população controlo, em quase todos os domínios, o que é consistente com o facto de que os sujeitos com lesão cerebral considerarem que têm menos problemas do que os referidos pelos seus familiares (Santos, Sousa, Castro-Caldas, 2001). Contudo, verifica-se no caso de AS que os valores dos domínios Impulsividade e Depressão estão significativamente acima da média. Apesar deste resultado, não se verifica que haja um bom *insight* acerca da sua condição, pois apesar de referir certos comportamentos excessivos, AS refere que são os outros (marido e filha) que a levam a ter esses comportamentos. Estes valores são, possivelmente, atribuídos às atitudes e pouca paciência dos outros para com a sua própria condição.

## VI. Conclusões

Constatou-se no estudo realizado que as dificuldades mais impeditivas do regresso ao trabalho são, do ponto de vista dos familiares, as alterações ao nível do comportamento: a incapacidade de tolerar a frustração, a impulsividade, a irritação, perda de capacidade para lidar com as pessoas; tudo isto além de limitar a escolha do emprego, fará com que a manutenção deste se torne mais complicada, pois a incapacidade para lidar com novas situações poderá despertar comportamentos excessivos da parte destes indivíduos. Do ponto de vista das pessoas que sofreram a lesão, por vezes não existe sequer a consciência que não voltam a trabalhar por causa das suas alterações de comportamento, apontando apenas algumas dificuldades cognitivas (sendo a memória o domínio escolhido como mais impeditivo).

Para que o ingresso ou regresso ao trabalho seja possível, é necessário que o indivíduo consiga lidar com a pressão e responsabilidades do trabalho, tolerar a frustração, controlar impulsos, desempenhar atividades não-rotineiras, ter atenção às tarefas que tem de realizar, ser capaz de se recordar de como as realizar e realizá-las de forma correta. Tudo isto implica uma diversidade de fatores que podem estar comprometidos após um TCE, e que são muitas vezes menosprezados pelos próprios, pelos familiares e pela sociedade, pois não é algo visível ou palpável. A falta de apoio generalizado com vista ao regresso a uma atividade profissional é uma prova disso, mesmo nos casos em que tal é possível e desejável.

Os resultados da avaliação neuropsicológica não são coincidentes com os aspetos identificados, sobretudo pelas pessoas que sofreram TCE, mas também pelos seus familiares, pois foram encontradas mais dificuldades cognitivas do que as que são relatadas na entrevista. Uma das hipóteses a ter em aqui em conta é a falta de informação e a falta de apoio especialmente aos familiares, acerca das potenciais dificuldades que poderão existir, durante a fase de internamento e pós-alta. Este aspeto foi referido por todos os familiares entrevistados. Como seria de esperar, estes têm maior consciência dos défices resultantes do TCE e apercebem-se das dificuldades que os indivíduos lesados exibem no dia-a-dia, sobretudo as alterações comportamentais, sendo que não percebem o porquê destas existirem e nem têm estratégias para lidar com elas. Tal situação para além de ser geradora de *stress* e conflitos no sistema familiar, é também um fator negativo para o ingresso numa atividade profissional e para a

manutenção dessa atividade, pois as expectativas poderão não ser adequadas à nova realidade do sujeito que sofreu TCE.

A avaliação neuropsicológica é um passo importantíssimo antes da alta hospitalar ao indivíduo que sofreu TCE, pois permite obter indicadores sobre a capacidade de um indivíduo para compreender o mundo que o rodeia e os recursos de que dispõe para lidar com os seus desafios. No entanto, esta aplicação isolada de pouco serve ao indivíduo que sofreu TCE e aos seus familiares, esta é apenas um primeiro passo que ajuda a delinear os défices, as capacidades preservadas e as situações em que determinados comportamentos ocorrem. Os resultados do presente estudo demonstram a necessidade, cada vez maior, de serem criadas bases sustentadas de Reabilitação Neuropsicológica em Portugal, incluindo programas de (re) integração socioprofissional, com linhas orientadoras específicas, que tenham também em conta o que as próprias pessoas diretamente implicadas e os seus familiares próximos pensam sobre a sua situação. É de extrema importância dar um seguimento à avaliação e incorporar os resultados de forma a criar um programa específico e único de reabilitação neuropsicológica para o indivíduo e para os seus familiares. Só assim a Neuropsicologia poderá dar o seu enorme contributo, ajudando o indivíduo a regressar ao nível mais próximo possível do pré-mórbido e fornecendo conhecimentos e estratégias à família para lidar com a situação.

Este estudo apresenta algumas limitações, sobretudo resultantes do reduzido número de casos. No entanto, podemos considerar que os dados obtidos espelham a generalidade do que se passa relativamente à problemática que estudámos, uma vez que são concordantes com a literatura. De certa forma podemos considerar que o que é limitação, também é o que destaca o trabalho realizado, pois o facto de podermos usar poucos casos permitiu-nos conhecer, aprofundar e analisar as dificuldades para o regresso ao trabalho, descritas de forma livre pelas pessoas diretamente interessadas no assunto. O facto de se compararem três formas de avaliação, uma mais objetiva e laboratorial, a avaliação neuropsicológica, e duas mais subjetivas e funcionais, as opiniões dos sujeitos com TCE e dos seus familiares, é inovador dentro do estudo desta temática, mostrando as discrepâncias existentes e as necessidades de informação e apoio nesta área, como referido.



## VII. Referências Bibliográficas

1. Ariza, M., Serra-Grabulosa, S., Junqué, C., Ramírez, B., Mataró, M., Poca, A., Bargalló, N. & Sahuquillo, J. (2006). Hippocampal head atrophy after traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 44. 1956-1961.
2. Bales, J. W., Wagner, A., Kline, A. & Dixon, E. (2009). Persistent cognitive dysfunction after traumatic brain injury: A dopamine hypothesis. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 33, pp: 981-1003.
3. Benedictus, M., Spikman, J. & Naalt, J. (2010). Cognitive and behavioral impairment in traumatic brain injury related to outcome and return to work. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 91.
4. Bennet, T. L. & Raymond, M. J. (2008). The neuropsychology of traumatic brain injury. In Horton, A. M. & Wedding, D. (3ª Ed.). *The handbook of neuropsychology* (pp. 533-570). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
5. Bigler E, Anderson C, Blatter D. (2002) Temporal lobe morphology in normal aging and traumatic brain injury. *American Journal of Neuroradiology*, 23, pp: 255–66.
6. Boots, K. & Chapparo, C. J. (2002). Cognitive and behavioral assessment of people with traumatic brain injury in the workplace: Occupational therapists perceptions. *Work*, 19, pp: 255-268.
7. Boots, K. & Chapparo, C. J. (2010). Difficulties with multitasking on return to work after TBI: A critical case study. *Work*, 36, pp: 207-216.
8. Bruns, J. & Hauser, W. A. (2003). The epidemiology of traumatic brain injury: A review. *Epilepsia*, 44, pp: 2-10.
9. Champion, A. J. (2006). Information provision in neuro-rehabilitation. Champion, A. J. In *Neuropsychological rehabilitation: A resource for group-based education and intervention* (pp: 1-11). Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.
10. Crowe, S. F. (2008). *The behavioral and emotional complications of traumatic brain injury*. Nova Iorque: Psychology Press.
11. Deloche, G., Dellatolas, G. & Christensen, A.L. (1999). The European Brain Injury Questionnaire: Patients' and families' subjective evaluation of brain injured patients' current and prior to injury difficulties. In Christensen, L. A. &

- Uzzel, B. P. *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp.83-95). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
12. Flashman, L. A., Amador, X. & McAllister, T. W. (2005). Awareness of deficits. In Silver, J. M., McAllister, T. W. & Yudofsky, S. C. *Textbook of traumatic brain injury* (pp. 353-367). American Psychiatric Publishing.
  13. Fraser, R., Machamer, J., Temkin, N., Dikmen, S. & Doctor, J. (2006). Return to work in traumatic brain injury (TBI): A perspective on capacity for job complexity. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, pp: 141-148.
  14. Groswasser, Z., Melamed, S., Agranov, E. & Keren, O. (1999). Return to work as an integrative outcome measure following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9. 493-504.
  15. Iverson, G. L. & Lange, R. T. (2011). Moderate and severe traumatic brain injury. In Shoenberg, M. & Scott, J. *The little black book of neuropsychology: A syndrome-bases approach* (pp. 663-687). Nova Iorque: Springer.
  16. Johnson, R. (1998). How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 8. 61-79.
  17. Johnson, C. L., Resch, A., Elliott, T., Villareal, V., Kwok, O., Berry, J. W. & Underhill, A. T. (2010). Family satisfaction predicts life satisfaction trajectories over the first 5 years after traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, vol. 55, N° 2, pp: 180-187.
  18. Kennedy, T. & Yorkston, M. (2000). Accuracy of metamemory after traumatic brain injury: Predictions during verbal learning. *J Speech Lang Hear Res*, 43, pp: 1072-1086
  19. Kirsh, B., Stergiou-Kita, M., Gewurtz, R., Dawson, D., Krupa, T., Lysaght, R. & Shaw, L. (2009). From margins to mainstream: What do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work*, 32, pp: 391-405.
  20. Kreutzer, J. S., DeLuca, J. & Caplan, B. (2011). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. Nova Iorque: Springer.
  21. Lee, B. & Newberg, A. (2005). Neuroimaging in traumatic brain imaging. *NeuroRx: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, vol. 2, pp: 372-383.
  22. Lezak, M. (2004). *Neuropsychological assessment*. Inglaterra: Oxford University Press.

23. Mccrimmon, S. & Oddy, M. (2006). Return to work following moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20, pp: 1037-1046.
24. Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. & Maas, A. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 91.
25. Muñoz-Céspedes, J.M. & Melle, N. (2004). Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol*, 38 (9), pp: 852-859.
26. Nightingale, E. J., Soo, C. A. & Tate, R. L. (2007). A systematic review of early prognostic factors for return to work after traumatic brain injury. *Brain Impairment*, vol. 8, nº 2, pp: 101-142.
27. Millis, S. R., Rosenthal, M. & Novack, T.A. (2001). Long-term neuropsychological outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 16(4), pp: 343-55.
28. Ord, J. S., Greve, K. W., Bianchini, K. J. & Aguerrevere, L. E. (2010). Executive dysfunction in traumatic brain injury: The effects of injury severity and effort on the Wisconsin card sorting test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, pp: 132-140.
29. Prigatano, G.P., Borgaro, S., Baker, J., & Wethe, J. (2005). Awareness and distress after traumatic brain injury: A relative's perspective. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, pp: 359–367.
30. Santos, M. E. (2002). Traumatismos crânio-encefálicos: Características e evolução. *Psicologia*, vol.16. pp. 97-122.
31. Santos, M. E., Castro-Caldas, A. & Sousa, L. (1998). Spontaneous complaints of long-term traumatic brain injured subjects and their close relatives. *Brain Injury*, vol. 12, Nº 9, pp: 759-767.
32. Santos, M. E., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2000). Traumatizados crânio-encefálicos: Que futuro profissional? *Cadernos de Consulta Psicológica*. 117-128.
33. Santos, M. E., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2001). Avaliação da experiência subjectiva em pessoas com lesão cerebral: Adaptação para a população portuguesa do European Brain Injury Questionnaire (EBIQ). *Análise Psicológica*, 2, pp: 219-236.

34. Santos, M. E., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16. 71-76.
35. Shames, J., Treger, I., Ring, H. & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29 (17). 1387-1395.
36. Sherer, M., Novack, T., Sander, A., Struchen, M., Alderson, A. & Thompson, R. (2002). Neuropsychological assessment and employment outcome after traumatic brain injury: A review. *The Clinical Neuropsychologist*, vol. 16, N° 2, pp: 157-178.
37. Stergiou-Kita, M., Rappolt, S., Kirsh, B. & Shaw, L. (2009). Evaluating work readiness following acquired brain injury: Building a shared understanding. *J. Occup Rehabil Ther.*, 76 (4), pp:276-284.
38. Stergiou-Kita, M., Dawson, D. R. & Rappolt, S. G. (2011). An integrated review of the processes and factors relevant to vocational evaluation following traumatic brain injury. *J. Occup Rehabil.*
39. Strauss, E., Sherman, E. & Spreen, (2006). A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary. 3° Ed. Oxford University Press.
40. Thornton, P. (2005). Disabled people, employment and social justice. *Social Policy and Society*, 4(1), 65–73.
41. Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, A., Cantor, J., Spielman, L. & Gordon, W. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury, *Rehabilitation Psychology*, 54, pp: 299 – 305.
42. Vakil, E. (2005). The effect of moderate to severe traumatic brain injury (TBI) on different aspects of memory: A selective review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, pp: 977-1021.
43. Velzen, J. M., Bennekom, C. A., Edelaar, M. J., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, H. W. (2009). Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 23 (5): 385-395.

44. Walker, W. C., Marwitz, J., Kreutzer, J., Hart, T. & Novack, T. (2006). Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: A multicenter study. *Arch Phys Med Rehabil*, 87, pp: 1576-1582.
45. Willmott, C., Hocking, C., Ponsford, J. & Schönberger, M. (2009). Factors contributing to attentional impairments after traumatic brain injury. *Neuropsychology*, vol. 23, N° 4, pp: 424-432.
46. Wilson, B., Herbert, C. & Shiel, A. (2005). Assessment for rehabilitation: Integrating information from neuropsychological and behavioral assessment. In Wilson, B., Herbert, C. & Shiel, A. *Behavioural approaches in neuropsychology rehabilitation: Optimising rehabilitation procedures* (pp: 6-17). New York: Psychology Press.
47. Wilson, B. A. (2011). “Cutting Edge” Developments in Neuropsychological Rehabilitation and Possible Future Directions. *Brain Injury*, 12(1), 33-42

VIII-Anexos - Questionário EBIQ dado a preencher ao familiar e ao indivíduo que  
sofreu TCE

Apêndice 1

**European Brain Injury Questionnaire**

**(adaptação à população portuguesa)**

**EBIQ – S (sujeito)**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade : \_\_\_\_\_ Profissão : \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este questionário tem como objectivo colher informações acerca dos problemas ou dificuldades que as pessoas, por vezes, sentem na sua vida. Gostaríamos de saber se sentiu problemas ou dificuldades neste **último mês**. Por favor leia cada questão deste questionário e responda assinalando a sua resposta no quadrado, por baixo de **“Nada”** ou **“Pouco”** ou **“Muito”**. Não perca muito tempo em cada resposta. Dê a resposta que primeiro lhe parecer mais adequada.

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>
01 - Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Dificuldade em fazer as coisas a tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Reagir precipitadamente àquilo que os outros dizem ou fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Dificuldade em lembrar-se das coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Dificuldade em participar nas conversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Dificuldade em planear actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

07 - Sentir-se sem esperança, em relação ao futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Ataques de mau génio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Sentir-se confuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Sentir-se sozinho, mesmo quando está com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Mudar de disposição sem motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Sentir-se crítico em relação aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Ter que fazer as coisas devagar para saírem correctas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Sentir desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Ser “mandão” ou dominador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Dificuldade de concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Dificuldade em aperceber-se do estado de espírito dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Sentimentos de raiva em relação aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Ofender-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Sentir-se incapaz de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Perda de interesse por certas actividades em casa (ler o jornal, jogos, renda, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23 - Sentir-se só  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 - Sentir-se inferior em relação aos outros                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 - Dificuldade em dormir   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 - Gritar facilmente com as pessoas quando está zangado          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 - Sentir dificuldades em fazer-se entender                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 - Ser obstinado, teimoso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 - Sentir falta de interesse por aquilo que o rodeia             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 - Desconfiar das outras pessoas                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 - Provocar facilmente discussões                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 - Falta de energia ou sentir-se mais lento                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 - Sentir-se inútil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 - Falta de interesse pelas distrações fora de casa              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 - Sentir desinteresse pela vida                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 - Deixar que sejam os outros a tomar a iniciativa nas conversas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 - Preferir estar só   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 - Dificuldade em tomar decisões                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 - Perda de contacto com os amigos                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40 - Falta de interesse pelos afazeres diários

41 - Sentir que tem problemas

**Se tem algum familiar que irá também responder a este questionário, então, por favor responda às seguintes perguntas sobre essa pessoa:**

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>
42 – Pensa que a vida dele/dela se modificou depois da sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 – Acha que ele/ela tem tido problemas devido à sua situação actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 – Pensa que o humor dele/dela se alterou devido à sua situação actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quer fazer algum comentário?

Apêndice 2

**European Brain Injury Questionnaire**

**(adaptação à população portuguesa)**

**EBIQ – F (familiar)**

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Nome do familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este questionário tem como objectivo colher informações acerca dos problemas ou dificuldades que as pessoas, por vezes, sentem na sua vida. Gostaríamos de saber se, na sua opinião, **o seu familiar sentiu problemas ou dificuldades neste último mês**. Por favor leia cada questão deste questionário e responda assinalando a sua resposta no quadrado, por baixo de **“Nada”** ou **“Pouco”** ou **“Muito”**. Não perca muito tempo em cada resposta. Dê a resposta que primeiro lhe parecer mais adequada.

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>
01 - Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Dificuldade em fazer as coisas a tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Reagir precipitadamente àquilo que os outros dizem ou fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Dificuldade em lembrar-se das coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Dificuldade em participar nas conversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Dificuldade em planear actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 07 - Sentir-se sem esperança, em relação ao futuro  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 - Ataques de mau génio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 - Sentir-se confuso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 - Sentir-se sozinho, mesmo quando está com outras pessoas                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 - Mudar de disposição sem motivo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 - Sentir-se crítico em relação aos outros  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 - Ter que fazer as coisas devagar para saírem correctas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 - Sentir desmaios ou tonturas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 - Sentir-se triste   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 - Ser “mandão” ou dominador  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 - Dificuldade de concentração  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 - Dificuldade em aperceber-se do estado de espírito dos outros                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 - Sentimentos de raiva em relação aos outros   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 - Ofender-se com facilidade  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 - Sentir-se incapaz de fazer as coisas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 - Perda de interesse por certas actividades em casa (ler o jornal, jogos, renda, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23 - Sentir-se só  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 - Sentir-se inferior em relação aos outros                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 - Dificuldade em dormir   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 - Gritar facilmente com as pessoas quando está zangado          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 - Sentir dificuldades em fazer-se entender                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 - Ser obstinado, teimoso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 - Sentir falta de interesse por aquilo que o rodeia             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 - Desconfiar das outras pessoas                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 - Provocar facilmente discussões                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 - Falta de energia ou sentir-se mais lento                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 - Sentir-se inútil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 - Falta de interesse pelas distrações fora de casa              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 - Sentir desinteresse pela vida                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 - Deixar que sejam os outros a tomar a iniciativa nas conversas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 - Preferir estar só   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 - Dificuldade em tomar decisões                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 - Perda de contacto com os amigos                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40 - Falta de interesse pelos afazeres diários

41 - Sentir que tem problemas

**Por favor, responda agora a estas perguntas em relação a si:**

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>
42 – Pensa que a sua vida se modificou depois da doença dele/dela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 – Acha que tem tido problemas devido à situação actual dele/dela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 – Pensa que o seu humor se alterou devido à situação actual dele/dela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quer fazer algum comentário?

## **IX - Apêndice – Consentimento informado**

## Consentimento informado

A investigação que se pretende levar a cabo tem como objetivo identificar as dificuldades cognitivas e comportamentais que são mais impeditivas para o regresso ao trabalho na perspetiva, quer da pessoa que sofreu TCE, quer de um seu familiar próximo. Os resultados a obter poderão vir a ser úteis no futuro, no sentido de melhor compreender os problemas psicossociais decorrentes de um TCE.

Nesse contexto será realizada uma entrevista a cada um (pessoa que sofreu traumatismo e familiar), separadamente, a fim de recolher as respectivas opiniões; será também pedido o preenchimento de um questionário que se destina a avaliar a forma como a pessoa se sente no seu dia-a-dia.

No final destes procedimentos será feita uma avaliação da pessoa que sofreu traumatismo. Esta avaliação visa analisar a existência de problemas neuropsicológicos (memória, atenção,...) e será em tudo idêntica à que já foi realizada anteriormente neste Serviço.

A participação neste estudo não envolve quaisquer prejuízos, sendo os resultados a obter destinados à realização de Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Todos os dados a recolher são confidenciais e anónimos.

-----  
Eu expliquei totalmente a natureza e o propósito desta participação e certifiquei-me de que perguntei se havia dúvidas acerca dos procedimentos e de que respondi a todas as questões, de acordo com as minhas melhores capacidades.

Ivo Rocha, investigador \_\_\_\_\_

Eu li o documento acima apresentado, considero-me suficientemente informado e aceito participar.

Data    /    /

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do familiar \_\_\_\_\_