

Guerra, A.S., Costa, A.S. & Candeias, A. A., (2019). Formar para incluir: Referencial de reabilitação profissional Appacdm-Évora. In, A.A. Candeias, (Coord.). *Desenvolvimento ao longo da vida: Aprendizagem, Bem-estar e Inclusão* (Cap. 15, pp. 260-270). Évora: Universidade de Évora.

Formar para Incluir –Referencial de Reabilitação Profissional APPACDM - Évora

Ana Sofia Guerra, Nuno Costa & Adelinda Candeias

*APPACDM – Évora & Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais,
Departamento de Psicologia, Colégio Pedro da Fonseca, Ap. 94, 7002-554 Évora,
Portugal; E. mail: aac@evora.pt*

O programa Referencial de Reabilitação Profissional (RRP-APPACDM) tem as suas raízes no Programa Holístico de Reabilitação Neuropsicológica, que teve início no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) (Guerreiro, Almeida, Fabela, Dores, & Castro-Caldas, 2009; Almeida et al., 2015). O modelo de Ben Yashai (Ben Yashai & Daniels-Zide, 2000) é o referencial seguido pelo RRP-APPACDM e CRPG, tendo estabelecido como principais objetivos: a) a promoção do funcionamento físico e psicológico empoderando a autonomia; b) melhorar o ajustamento psicossocial, através do desenvolvimento de competências interpessoais e aceitação da nova condição; e c) apoiar a criação de projetos de integração práticos.

Especialmente, no que diz respeito ao RRP-APPACDM, os objetivos são: 1) Readaptação pessoal e social através da recuperação, atualização e otimização de competências pessoais; 2) desenvolvimento de autoconsciência, de potencial e áreas de crescimento, aceitando simultaneamente as limitações; 3) promoção de aceitação

de objetivos realistas e exequíveis; 4) empoderar o desenvolvimento de estratégias de coping, resolução de problemas e flexibilização cognitivo-comportamental; 5) apoiar o desenvolvimento e melhoria nas relações interpessoais e fortalecimento de redes de suporte social; 6) encorajar as experiências vocacionais que facilitem a reorganização dos valores vocacionais enquanto (re)constróem percepções ajustadas sobre a formação vocacional e mercado de trabalho; 7) requalificação e/ou reabilitação vocacional procurando uma formação vocacional ajustada; 8) requalificação e/ou reabilitação vocacional com o objetivo de promover medidas de apoio à integração profissional recorrendo às competências e conhecimentos adquiridas antes da lesão, beneficiando de apoio técnico especializado para integração socio-vocacional, apoio para tarefas e papéis necessários para um cargo laboral e mediação de comportamentos pessoais e sociais adequados ao estatuto laboral. A nível de competências transversais abordadas, o programa da APPACDM trabalha competências tais como: flexibilidade, resolução de problemas, autodiretividade, autorregulação e criatividade. Estes *transversal skills* são trabalhados nos módulos: Comunicação e Relacionamentos Interpessoais; Atividades de Vida Diária; nas Terapias individuais (e.g., Psicologia, Fisioterapia, Terapia ocupacional, terapia da fala, reabilitação funcional em grupo, treino cognitivo).

2. Público-alvo

Este programa pretende incluir pessoas de idade igual ou superior aos 18 anos que sofreram LCA, AVC, tumor cerebral e outras lesões cerebrais adquiridas, que preencham as condições necessárias para trabalhar e que necessitem de apoio técnico especializado para aceder à formação vocacional/mercado de trabalho ou para conceber um plano de reabilitação vocacional. São prioritárias pessoas que: necessitem de uma requalificação profissional uma vez que tanto as competências profissionais como o nível de qualificação anterior à lesão não permitem a retoma da situação laboral anterior; manifestem alterações nas funções cognitivas e/ou psicomotoras e /ou sensoriais e necessitem de articular a sua vida profissional com outros apoios como tratamentos/terapias; apresentem instabilidade emocional e/ou comportamentos pautados pela impulsividade e agressividade e /ou dificuldades

significativas ao nível das relações interpessoais; e apresentem um desajustamento entre as competências reais atuais, as expectativas e a autoimagem que são, ainda, anteriores à lesão.

Depois da lesão cerebral adquirida (LCA) a reabilitação serve para melhorar a funcionalidade dos indivíduos promovendo a Qualidade de Vida (QdV) (Almeida et al., 2015). O conceito de QdV tem despertado um crescente interesse em Portugal, como é visível nas investigações que procuram estudar instrumentos que a avaliem (e.g., Carapeto et al., 2017; Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, & Ravens-Sieberer, 2010; Vaz Serra et al., 2006). Tem-se tornado um importante tópico para as instituições intervenientes no nível psicossocial. Este é o caso, por exemplo, de legislação portuguesa recente sobre o currículo individual específico dos estudantes com necessidades especiais nas escolas secundárias (Ministério da Educação e Ciência, 2015) ou sobre estruturas residenciais para pessoas com deficiências (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2015).

A necessidade de conceptualização da QdV emergiu da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da definição de saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de doença ...” (1948, p. 100). Neste contexto, a OMS definiu QdV como “a percepção que os indivíduos têm da sua posição na vida em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1997, p.1). Além disso, investigações recentes propõe uma conceptualização mais abrangente, indo além da abordagem da saúde, especialmente comprometido com a Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas (Nações Unidas, 1948) e, em particular, com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (Nações Unidas, 2006). Por exemplo, Schalock e Verdugo (2003), definem QdV como “um estado desejado de bem-estar pessoal que: a) é multidimensional; b) tem propriedades universais (etic) e culturais (emic); c) tem componentes objetivos e subjetivos; e d) é influenciado por características pessoais e fatores ambientais” (Gómez, Verdugo & Areas, 2010, p. 459). Este modelo é baseado no consenso internacional sobre os principais aspetos da conceptualização de qualidade de vida, assim como, sobre a sua mensuração e aplicabilidade, especialmente, para a área da deficiência intelectual (Schalock et al., 2002). Neste modelo, a QdV é operacionalizada a três níveis diferentes (e.g., Gómez et al., 2010): dimensões, indicadores e resultados pessoais (Figura 1). Foram propostas oito dimensões fundamentais: desenvolvimento pessoal (DP), autodeterminação (AD), relações interpessoais (RI), participação e inclusão social (P), direitos (D), Bem-estar

Emocional (BE). Cada dimensão é operacionalizada nos seus principais indicadores, que são as suas perceções, comportamentos e condições específicas que refletem o bem-estar de uma pessoa. No fundo, o modelo coloca os resultados pessoais, que são as aspirações e os resultados valorizados pela pessoa em concreto. Neste modelo, a importância das dimensões é variável de pessoa para pessoa, assim como ao longo do seu ciclo de vida (e.g., Gómez et al., 2010). A avaliação da QdV integra uma análise de respostas que os indivíduos dão relativamente às suas necessidades, tais como a satisfação com diversas dimensões do dia-a-dia (Costanza et al., 2007). Na área da reabilitação, a QdV tem, recentemente, ganho maior proeminência enquanto marcador na análise dos resultados de uma intervenção (Fabian, 1991), dado que reflete a perceção subjetiva dos pacientes relativamente a experiências pessoais no que diz respeito às suas condições e serviços de intervenção (Bullinger et al., 2002). A avaliação dos programas de intervenção tem impacto nos contextos de reabilitação e saúde, hoje em dia, integra, além dos marcadores biomédicos, a perspectiva do paciente relativamente à influência que a sua condição tem na sua saúde e nos seus tratamentos físicos, psicológicos e sociais (Bullinger et al., 2002). QdV é um marcador dos efeitos das doenças, do percurso do tratamento, e do nível de reabilitação na vida da pessoa (DePalma, 2001).

A diversidade de comprometimentos que podem surgir relacionados com lesão cerebral, juntamente com os efeitos na funcionalidade e integração social e profissional, marca a necessidade de programas de intervenção que vão ao encontro, de uma forma integral e abrangente, das necessidades das pessoas (Guerreiro et al., 2009; Almeida et al., 2015). A reabilitação, pós-LCA, tem como principal objetivo apoiar as pessoas a alcançarem o seu nível ótimo de bem-estar, reduzindo o impacto dos défices na vida diária e potenciar a recuperação em diferentes contextos das suas vidas (Wilson & Gracey, 2009; Almeida et al., 2015). Os programas baseados no modelo de Reabilitação Holístico/Abrangente pós-LCA tem sido recomendado como uma boa prática a nível da intervenção, em fases pós-agudas, pretendendo reduzir as limitações cognitivas e funcionais nas pessoas com LCA moderada ou profunda (Ben Yishay & Daniels-Zide, 2000; Cicerone et al., 2011). Esta abordagem propõe que as diferentes intervenções, individuais ou em grupo, devem ser integradas de forma

coerente, e têm que incluir reabilitação cognitiva, psicoterapia, intervenções psicossociais e serviços de re(orientação) vocacional.

Os principais constructos deste programa são:

a) Lesão Cerebral Adquirida

Uma lesão cerebral adquirida (AVC, TCE, tumor cerebral) produz alterações significativas no funcionamento cognitivo, emocional, físico, social, profissional e familiar. Os défices adquiridos podem ser os mais variados, sendo muito frequente existirem dificuldades no ajustamento pessoal e social por causa de fatores emocionais, comportamentais e cognitivos. Estes défices são preditores da incapacidade a longo prazo, podendo, como consequência, dificultar o desempenho de papéis sociais e vocacionais.

b) Participação na comunidade:

A maioria dos adultos com lesão cerebral adquirida não retomam as suas atividades profissionais ou não são reintegrados no mercado de trabalho. A ausência de atividade profissional tem impacto nas dimensões sociais, QDV e bem-estar dos adultos.

c) Método de reabilitação

Este modelo de intervenção procura ser facilitador do período de transição entre a reabilitação Hospitalar e o acesso ao mercado de trabalho/formação profissional.

Esta fase de reabilitação encontra-se direcionada para a otimização de competências pessoais e sociais transversais, bem como para o apoio na reconversão/formação profissional, almejando reduzir o impacto dos défices causados pela lesão e melhorar o nível de bem-estar.

3. Descrição do programa

Há diversos tipos de materiais usados ao longo de todo o programa, tais como: jogos terapêuticos, material desportivo, computadores, folhas de treino cognitivo, quadro. Outros materiais são: a sala de Snoezelan (útil para inúmeras intervenções terapêuticas); a equipa multidisciplinar composta por um psicólogo, um terapeuta da fala, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um professor de artes, um

professor de tecnologias de informação (esta equipa é um dos pontos essenciais para a promoção de competências transversais); uma piscina interior; um apartamento (útil para o treino de tarefas e competências de vida diária) e um ginásio (útil para a fisioterapia).

Sobre a metodologia, é importante salientar que este modelo de intervenção é multidimensional e holístico, sequencial e uma estrutura cronológica, e considera os interesses, necessidades e expectativas individuais. Há três fases de intervenção: i) primeiro, há a avaliação multidisciplinar inicial (entrevistas, instrumentos standardizados, definição do Plano de Desenvolvimento Individual); ii) segundo, as revisões bimensais da intervenção com o formando e a sua família/pessoa de referência, junto da equipa técnica (monitorização de objetivos, discussão sobre ajustes). Durante ambas as fases, a abordagem grupal é utilizada para facilitar o desenvolvimento da autonomia, atitudes profissionais, comunicação, melhorias na autoimagem e autoestima, e aprender/reaprender as condições necessárias para participar na vida laboral e vocacional. Simultaneamente, as terapias individuais ocorrem ajustadas com as necessidades individuais. iii) por fim, a avaliação global ocorre com o objetivo de avaliar os ganhos positivos com base no Plano de Desenvolvimento Individual, e análise das terapias em grupo, recolha de informação sobre a aquisição/desenvolvimento de competências transversais; delinear um projeto para o futuro assegurando a transição para a formação vocacional ou integração no mercado de trabalho.

A APPACDM estabelece como condições ideais de intervenção: 1) um grupo máximo de 8 pessoas; 2) uma carga de trabalho de 6 horas, de Segunda a Sexta, com base numa agenda fixa e estruturada; 3) transição imediata para a atualização e reabilitação das competências para o percurso da formação vocacional ou para encontrar um trabalho; e 4) Monitorização por uma equipa multidisciplinar.

O RRP define-se em 6 áreas fundamentais nas quais é importante atualizar e recuperar competências

Tabela 1 – Competências essenciais e carga horária

Competências essenciais	Carga Horária (em horas)
Orientação para o Desempenho	25
Comunicação e Relacionamentos Interpessoais	100
Autonomia na Vida Diária	200
Competências de Vida Diária	100
Reabilitação Física, Cognitiva, Psicomotora e Funcional	200
Experiência de Trabalho	175
Total:	800

Seguindo a lógica do enquadramento do programa foram desenvolvidos diversos módulos dentro de cada uma das áreas com competências essenciais:

Tabela 2 – Competências essenciais e Módulos

Competências essenciais	Módulos
Orientação para o Desempenho	Orientação
Comunicação e Relações Interpessoais	Comunicação e Relações Interpessoais
Autonomia na Vida Diária	Desportos adaptados
	Atividades de vida diária
Competências de Vida Diária	Vida diária
Reabilitação Física, Cognitiva, Psicomotora e Funcional	Terapias individuais: Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala
	Reabilitação Funcional em grupo
	Treino Cognitivo
Experiência de Trabalho	Experiência nas áreas de formação e noutras entidades

Tabela 3 – Conteúdos por módulo

Módulos	Conteúdos
----------------	------------------

Orientação	Motivação, necessidades básicas (sono, alimentação, segurança), hábitos e rotinas, direitos e deveres, “ <i>know how</i> ”, valores pessoais/profissionais, orientação vocacional e projetos futuros.
Comunicação e Relações Interpessoais	Autoconhecimento, comunicação (verbal/não-verbal, obstáculos à comunicação, assertividade), autoestima, criação de relacionamentos com os outros, aceitação das diferenças, emoções e sentimentos, gestão emocional, gestão de conflitos, resolução de problemas.
Desportos adaptados	Jogos em equipa, treino de cooperação, coordenação, equilíbrio, cumprimento de regras, competitividade, aprender a ganhar e a perder. Dimensão terapêutica, recreativa e educativa.
Atividades de vida diária	Mobilidade, recreação e lazer, treino específico da rotina (preparar o almoço, gestão de orçamento), vida doméstica, autogestão, estimulação sensorial.
Vida diária	Análise de notícias, gestão da bolsa de formação, higiene pessoal e doméstica, despesas da vida diária, igualdade de género, educação e emprego, participação e cidadania, sexualidade, vícios, Tecnologias de Informação e Comunicação.
Terapias	Terapias individuais: Psicologia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala.
Reabilitação funcional em grupo	Trabalho manual, restauração, reutilização de ferramentas/objetos, planeamento e implementação de um jardim.
Treino Cognitivo	Treino de atenção, memória, perceção, aritmética, planeamento, lógica, criatividade, memória, perceção, aritmética, Estratégias de compensação.
Experiências em áreas de formação	Formação na área da jardinagem, lavandaria, confeitaria ou entidades públicas/privadas que pretendam colaborar.

ou noutras entidades	
----------------------	--

4. Em jeito de síntese

Para fechar o capítulo apresentamos algumas evidências já disponíveis. Em baixo, são apresentadas algumas evidências das atividades e materiais durante o programa. As Figuras 1 a 4, representam evidência de experiências nas áreas de formação.



Figura 1 Atividade de jardinagem



Figura 2 Atividade de jardinagem



Figura 3 Atividade de jardinagem



Figura 4 Atividade de culinária

As próximas imagens servem como evidências da sala de Snoezelen (Figura 5), jogos terapêuticos (Figura 6 & 7), do envolvimento nas atividades artísticas (Figura 8) e as folhas de treino cognitivo (Figura 9).



Figura 5 Sala de Snoezelen



Figura 6 Jogo Terapêutico



Figura 7 Jogo Terapêutico



Figura 8 Trabalho com contas

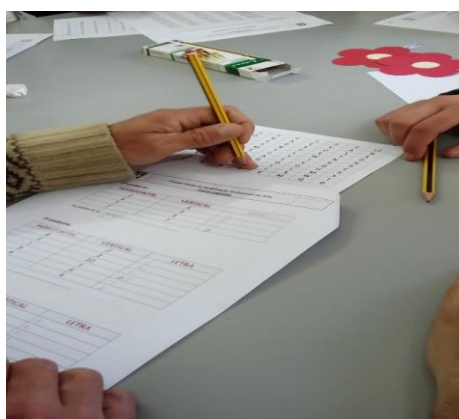


Figura 9 Folha de treino cognitivo

Referências Bibliográficas

- Almeida, I., Guerreiro, S., Martins-Rocha, B., Dores, A. R., Vicente, S. G., Barbosa, F., & Castro-Caldas, A. (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologica*, 58(2), 61-74.
- Ben-Yishay, Y., & Daniels-Zide, E. (2000). Examined lives: Outcomes after holistic rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 45(2), 112-129.
- Bullinger, M., von Mackensen, S., Fischer, K., & Vicariot, M. (2002). Pilot testing of the 'Haemo-QoL' quality of

- life questionnaire for haemophilic children in six European countries. *Haemophilia*, 2, 47–54
- Carapeto, M. J., Candeias, A., Franco, V., Grácio, L., Coelho, C. & Costa, N. (2017). Quality of life and special needs: exploring the previous concepts of professionals. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología e Educación*, 11, 1-6. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.2660>
- Cicerone, K.D., Langenbahn, D., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Fraas, M. & Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of literature from 2003 through 2008. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 92, 519–530.
- Constanza, R., Fisher, B., Ali, S. & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2–3), 267–276.
- DePalma, J.A. (2001). Measuring quality of life of patients of traumatic brain injury. *Critical Care Nurse*, 24(4), 42–51.
- Fabian, E.S. (1991). Using quality-of-life indicators in rehabilitation program evaluation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34(4), 344–356.
- Gaspar, T., de Matos, M.M.N.G., Ribeiro, J.L.P., Leal, I., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Kidscreen: Quality of life in children and adolescents. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1(1), 49–64.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.Á., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453.
- Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A., & Castro-Caldas, A. (2009). Avaliação de 5 anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. *Re(habilitar)*, 8/9, 19–36.
- Ministério da Educação e Ciência de Portugal (2015). Portaria n° 201-C/2015, 10 de julho. *Diário da República*, n.º 133/2015, 1º Suplemento, Série I, pp. 4782-(7) – 4782-(10). <https://dre.pt/application/file/69773363> [Retrieved 14 July 2017].
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2015). Portaria n° 59/2015, 2 de março. *Diário da República*, n° 42/2015, Série I, n° 42, pp. 1252-1256.
- Nações Unidas (1948). Universal declaration on human rights. Available at https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
- Nações Unidas (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> [Retrieved 13 June 2017].
- OMS (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L. & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457–470. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2)
- Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27 (1), 41–49.
- Wilson, B. A., & Gracey, F. (2009). Towards a comprehensive model of neuropsychological rehabilitation. In B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome* (pp. 1–21). New York: Cambridge University Press.