



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na Promoção de Competências Socioemocionais em Adultos com Perturbações Psiquiátricas em Contexto Socio Ocupacional

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Pedro Morato

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Gina Tomé

Diana Barbosa Casado

2019

Agradecimentos

A todas as pessoas com perturbação psiquiátrica, em especial a todos os utentes da ARIA, que se cruzaram comigo, que me ensinaram tanto, me inspiraram e motivaram para este trabalho.

À minha orientadora académica, a Professora Doutora Celeste Simões por orientar e supervisionar o meu trabalho e pelos muitos conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso.

Ao Diogo Lima e à Mafalda Príncipe, Técnicos Superiores de Reabilitação Psicomotora, meus orientadores locais, por toda a disponibilidade, partilha de experiências e aprendizagens, por me acompanharem e orientarem neste percurso.

A toda a equipa técnica do Fórum Socio Ocupacional de Lisboa, a Psicopedagoga Catarina Malcata, a Psicóloga Mónica Mateus, a Terapeuta Ocupacional Vanessa Santiago e a Assistente Social Ágata Oliveira, por me terem recebido e integrado tão bem, fazendo-me sentir parte da equipa.

Um especial agradecimento aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela confiança que depositam em mim. Obrigada por me incentivarem a ir mais além dos meus objetivos e a nunca desistir. Obrigada por tudo o que me ensinaram, sem eles não seria a pessoa que sou hoje.

Um obrigada muito especial ao Nuno, por ser a pessoa que é e estar sempre comigo, por me apoiar e incentivar a cumprir todos os meus objetivos. Obrigada por estares sempre pronto para me ajudar e por toda a paciência. Obrigada por acreditares em mim.

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora - Faculdade de Motricidade Humana. Consiste na descrição das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. Este teve lugar na Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA), no Fórum Socio Ocupacional de Lisboa (FSO), que integra pessoas com perturbação psiquiátrica, dos 16 aos 50 anos, com um grau de autonomia moderado e tem como objetivo a integração socioprofissional dos seus utentes. O estágio teve a duração de 8 meses e incluiu um período de observação e de intervenção. O relatório é composto por uma primeira parte destinada ao enquadramento teórico, onde são abordados temas relacionados com a Psicomotricidade, Competências Socioemocionais e Perturbações Mentais, e é caracterizado o local de estágio. Seguidamente, descreve-se a intervenção realizada no âmbito do estágio, com a apresentação dos objetivos e apresentação e discussão dos resultados, nas atividades de Psicomotricidade, Competências Socioemocionais e Acompanhamento Individual I e II. No final, é feita uma reflexão sobre o estágio, apresentação de dificuldades e limitações, bem como sugestões para futuras intervenções. Conclui-se sobre a importância da psicomotricidade na promoção das competências socioemocionais junto da população com perturbações mentais.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Competências Socioemocionais, Perturbações Mentais, Saúde Mental, Esquizofrenia, Bipolaridade, Contexto Socio Ocupacional; Adultos.

Abstract

This report was made in the scope of course unit Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora - Faculdade de Motricidade Humana. It consists on the description of the developed activities during the internship. This took place in Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA), at the Fórum Socio Ocupacional de Lisboa (FSO), that integrates people with psychiatric disturbances, between 16 and 50 years old, with moderated autonomy level and has as its objective the socio professional integration of their patients. The internship had the duration of 8 months and included a period of observation and intervention. The report is composed by a first part intended for the theoretical framework, where themes related with Psychomotricity, Socio-Emotional skills and Mental disorders are addressed, and internship site is characterized. Then, a description of psychomotor intervention with the presentation of the objectives and the presentation and discussion of the results, in the activities of Psychomotricity, Socio-Emotional skills and Individual Accompaniment I and II. In the end, a reflection on this internship, a presentation of difficulties and limitations are made as well as suggestions for future interventions. Concludes about the importance of psychomotricity in the Social-emotional skill promotion in population with mental disorders.

Key-Words: Psychomotricity, Socio-Emotional Skills, Mental Disorders, Mental Health, Schizophrenia, Bipolar Disorder, Social-occupational Context, Adults.

Índice Geral

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Índice Geral.....	V
Índice de figuras.....	VII
Índice de gráficos.....	VIII
Introdução.....	1
I. Enquadramento da Prática Profissional.....	2
1. Saúde Mental.....	2
1.1 Conceito de Saúde Mental.....	2
1.2 Determinantes da Saúde Mental.....	3
1.3 Saúde Mental em números.....	5
1.4 Esquizofrenia.....	7
1.5 Perturbação Bipolar.....	10
1.6 Reabilitação Psicossocial nas perturbações mentais.....	13
2. Psicomotricidade.....	15
2.1 Importância da avaliação na psicomotricidade.....	16
2.2 Psicomotricidade instrumental e relacional.....	17
2.3 Intervenção individual e intervenção em grupo.....	18
2.4 Alterações psicomotoras nas perturbações mentais.....	19
2.5 Intervenção psicomotora nas perturbações mentais.....	21
3. Competências Socioemocionais.....	23
3.1 Modelo de Aprendizagem Socioemocional da CASEL.....	25
3.2 Intervenção na promoção das competências socioemocionais.....	27
3.3 Alterações nas competências socioemocionais associadas às perturbações mentais.....	28
4. Caracterização da instituição.....	30

4.1.	Respostas Sociais da ARIA	31
4.2.	Fórum Socio Ocupacional de Lisboa	32
4.3.	O papel do psicomotricista na ARIA	33
II.	Realização da Prática Profissional	35
1.	Organização do estágio	35
2.	Psicomotricidade.....	36
2.1.	Contexto de intervenção.....	36
2.2.	Caracterização do grupo de intervenção	37
2.3.	Instrumentos de Avaliação.....	38
2.4.	Resultados da Avaliação Inicial	39
2.5.	Plano de intervenção.....	48
2.6.	Sessões de Intervenção	48
2.7.	Apresentação e discussão dos resultados.....	49
3.	Competências Socioemocionais	60
3.1.	Contexto de intervenção.....	61
3.2.	Caracterização do grupo de intervenção	61
3.3.	Instrumentos de Avaliação.....	62
3.4.	Resultados da Avaliação Inicial	63
3.5.	Plano de intervenção.....	65
3.6.	Sessões de Competências Socioemocionais	67
3.7.	Apresentação e discussão dos resultados.....	68
4.	Acompanhamento Individual I	70
4.1.	Caracterização anamnésica	70
4.2.	Avaliação.....	71
4.2.1.	Instrumentos de Avaliação	72
4.2.2.	Resultados da avaliação inicial.....	78
4.3.	Plano de intervenção.....	82
4.4.	Sessões e contexto de intervenção	82

4.5. Apresentação e discussão dos resultados.....	84
Atividades complementares.....	91
Conclusão	94
Referências	98
Anexos	108
Anexo 1 –ECAP Adaptada	109
Anexo 2 – Exemplo de um plano de sessão de Psicomotricidade	119
Anexo 3 – Exemplo de um relatório de Psicomotricidade	122
Anexo 4 – Médias dos itens referentes à CAECS, da avaliação inicial e da avaliação final 124	
Anexo 5 – Médias dos itens referentes ao SECHS, da avaliação inicial e da avaliação final 125	
Anexo 6 – Exemplo de um plano de sessão de Competências Socioemocionais ...	127
Anexo 7 – Exemplo de um relatório de Competências Socioemocionais.....	128
Anexo 8 – Valores do SCL-90r para a população portuguesa	130
Anexo 9 – Exemplo de um plano de sessão do Acompanhamento Individual I.....	131
Anexo 10 – Exemplo de um relatório de uma sessão do Acompanhamento Individual I 132	
Anexo 11 –Acompanhamento Individual II.....	134
Anexo 12 – Exemplo de um plano de sessão do Acompanhamento Individual II....	150
Anexo 13 – Exemplo de um relatório do Acompanhamento Individual II.....	152
Anexo 14 – Formulário Peddypapper planeado pela estagiária	154
Anexo 15 – Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais.....	157

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de Aprendizagem Socioemocional (Casel, 2015, p.5).....	25
Figura 2 - Organograma da ARIA (ARIA, s.d.).....	31
Figura 3 - Espaço utilizado para as sessões de Psicomotricidade, no Pavilhão Desportivo da Ajuda	36

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Número de utentes presentes em cada sessão de Psicomotricidade..	37
Gráfico 2 - Número de sessões de Psicomotricidade em que cada utente participou	38
Gráfico 3 – Médias dos itens do instrumento GOC, relativos ao Comportamento e Desempenho na sessão, obtidos na avaliação inicial	40
Gráfico 4 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Comunicação verbal e não verbal, obtidos na avaliação inicial	42
Gráfico 5 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos às Características gerais na relação, obtidos na avaliação inicial	43
Gráfico 6 – Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Relação com o Terapeuta, obtidos na avaliação inicial	44
Gráfico 7 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Relação com os pares, obtidos na avaliação inicial	45
Gráfico 8 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos às Componentes Psicomotoras, obtidos na avaliação inicial	46
Gráfico 9 - Médias dos domínios do instrumento GOC, obtidos na avaliação inicial	47
Gráfico 10 - Médias dos domínios do instrumento GOC, relativos à avaliação inicial e à avaliação final	60
Gráfico 11 - Número de utentes presentes em cada sessão de Competências Socioemocionais	61
Gráfico 12 - Número de sessões em que cada utente participou	62
Gráfico 13 - Médias das dimensões do instrumento CAECS, relativos aos utentes e aos técnicos de referência, obtidos na avaliação inicial	64
Gráfico 14 - Médias das somas dos itens do instrumento SECHS, obtidos na avaliação inicial, e a pontuação máxima de cada componente	65
Gráfico 15 - Médias das somas dos itens do instrumento CAECS, relativas aos utentes e aos técnicos, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final	68
Gráfico 16 - Médias das somas dos itens do instrumento SECHS, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final	69
Gráfico 17 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial	78
Gráfico 18 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativas ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial	79

Gráfico 19 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos à JC e ao Pai, obtidos na avaliação inicial.....	80
Gráfico 20 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial.....	81
Gráfico 21 - Média das dimensões do SCL-90, relativa ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final	84
Gráfico 22 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativas ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final.....	86
Gráfico 23 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos à J.C e ao Pai, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final	87
Gráfico 24 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final	89
Gráfico 25 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativas ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial.....	137
Gráfico 26 – Média das soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativos ao acompanhamento individual II, obtidos na avaliação inicial	138
Gráfico 27 - Somas dos itens do instrumento ECAP, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial.....	139
Gráfico 28 - Percentagens do instrumento WHOQOL, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial.....	140
Gráfico 29 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final.....	143
Gráfico 30 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final.....	145
Gráfico 31 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final	146
Gráfico 32 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final.....	148

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário de atividades FSO 2018/2019.....	33
Tabela 2 - Horário de estágio	35
Tabela 3 - Objetivos de intervenção da atividade de Psicomotricidade.....	48
Tabela 4 - Cronograma das Sessões de Psicomotricidade.....	49

Tabela 5 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos ao desempenho na sessão.....	50
Tabela 6 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à comunicação verbal e não-verbal	52
Tabela 7 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos às características gerais da relação	54
Tabela 8 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à relação com o terapeuta	55
Tabela 9 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à relação com os pares.....	56
Tabela 10 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos às componentes psicomotoras	57
Tabela 11 - Objetivos de intervenção na atividade de Competências Socioemocional	66
Tabela 12 - Cronograma das Sessões de Competências Socioemocionais	67
Tabela 13 - Objetivos de intervenção do Acompanhamento Individual I.....	82
Tabela 14 - Cronograma das sessões de Acompanhamento individual I.....	83
Tabela 15 - Valores calculados do IGS, NSP e ISP da avaliação inicial e da avaliação final, obtidos através do instrumento SCL-90 - Acompanhamento Individual I .	84
Tabela 16 - Objetivos de intervenção do Acompanhamento Individual II.....	141
Tabela 17 - Cronograma das sessões de Acompanhamento individual I.....	142
Tabela 18 - Valores calculados do IGS, NSP e ISP da avaliação inicial e da avaliação final, obtidos através do instrumento SCL-90 - Acompanhamento Individual II	143

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa¹. Esta unidade curricular apresenta como objetivos a promoção do domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Intervenção Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, a estimulação da capacidade de reflexão multidisciplinar, o desenvolvimento da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços relacionados com as diferentes áreas da Intervenção Psicomotora e a estimulação da capacidade de inovação na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas com enquadramento profissional e científico nesta área¹.

Este relatório consiste na descrição das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. Este teve lugar na Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA), no Fórum Socio Ocupacional de Lisboa (FSO), que integra pessoas com perturbação psiquiátrica, dos 16 aos 50 anos, com um grau de autonomia moderado e tem como objetivo a integração socioprofissional dos seus utentes. Foram desenvolvidas as atividades de Psicomotricidade, Competências Socioemocionais e o Acompanhamento Individual de dois casos.

No início do estágio, a equipa técnica desafiou a estagiária para o desenvolvimento de um manual pratico com vista à promoção de competências socioemocionais em adultos com perturbação mental, uma vez que esta era uma das áreas em que os utentes manifestavam maiores dificuldades. Este manual, desenvolvido ao longo do estágio, apresenta uma parte teórica, em que são abordados os temas da Saúde Mental e das Competências Socioemocionais, modelos e intervenção, e uma parte prática, na qual é apresentada a estrutura e organização do manual, e são descritas as sessões.

¹ Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana – Aprovadas em Conselho Científico a 20/06/2018

I. Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo é realizada uma revisão da literatura que se situa sobre as três temáticas principais que estiveram na base de todo o trabalho desenvolvido durante o estágio: saúde mental, psicomotricidade e competências socioemocionais.

1. Saúde Mental

Antes de analisar o conceito de saúde mental é essencial clarificar o conceito de saúde. A tão célebre definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (WHO & UNICEF, 1978). Mediante esta definição, assim como pelas inúmeras pesquisas e investigações realizadas ao longo dos últimos anos, é possível constatar a profunda relação de interdependência existente entre saúde mental, física e social (WHO, 2001). Segundo consta no *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, “sem saúde mental, não há saúde” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p.4).

1.1 Conceito de Saúde Mental

Analisando agora de forma mais concreta o conceito de saúde mental, sabe-se que esta é essencial para o funcionamento, o bem-estar e qualidade de vida de qualquer indivíduo, sociedade e país (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Souza & Baptista, 2008).

Devido a diversos fatores, como a diferenciação do conceito de acordo com cada cultura ou o período histórico, a diversidade de teorias e a amplitude deste, a definição de saúde mental gera alguma controversia, o que torna difícil chegar-se a uma definição unânime (Alves & Rodrigues, 2010; Souza & Baptista, 2008; WHO, 2001). Apesar dessa controversia, é possível concordar-se que a saúde mental é algo mais para além da ausência de uma perturbação mental, tal como refere a OMS (2001). Este termo pode estar associado a diversos conceitos como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia ou a competência (WHO, 2001). A OMS define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2007, p.1).

Assim, o conceito de doença mental tem também evoluído segundo uma visão menos reducionista do mesmo, em que se atribui uma maior atenção ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Considera-se ainda que a doença mental pode surgir como resultado de diversos fatores, como fatores orgânicos, emocionais, genéticos, culturais,

sociais ou situacionais (Guanaes & Japur, 2018). Esta pode incluir perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis (Comissão das Comunidades Europeias, 2005), como por exemplo a Esquizofrenia ou a Perturbação Bipolar, que irão ser abordadas de forma mais concreta mais à frente.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005), a depressão e as síndromes ansiosas são as formas mais comuns de perturbação psiquiátrica na União Europeia. Sabe-se também que Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência destas perturbações na população, segundo o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2014).

Assim, no que se refere à saúde mental e à sua intervenção, é fundamental uma perspetiva biopsicossocial, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, de forma a atingir o bem-estar do indivíduo não só a nível mental como também a nível físico e social (Guanaes & Japur, 2018).

1.2. Determinantes da Saúde Mental

Conhecer os fatores que determinam a saúde mental é extremamente importante, uma vez que este conhecimento poderá ajudar a prevenir o aparecimento de perturbações mentais e, assim, ajudar a melhorar a saúde mental da população em geral, se este for incluído nas políticas de saúde pública (Alves & Rodrigues, 2010; Jones, 2013). Alves e Rodrigues (2010) referem que têm sido realizados estudos em diversos países com diferentes níveis de desenvolvimento, revelando que, independentemente do nível de desenvolvimento de cada país, a maioria dos determinantes da Saúde Mental é similar nos vários países. De entre este, encontram-se fatores, tais como o género, idade, experiências precoces, pobreza, emprego, educação, exclusão social e estigma, cultura e eventos da vida stressantes, que serão abordados de seguida.

Género. Segundo vários autores, o género feminino apresenta um risco de perturbações da ansiedade ou de depressão duas vezes superior ao do género masculino (Albornoz & Bandeira, 2010; Bayati, Beigi, & Salehi, 2009; Pedersen, 2013). O facto de as mulheres apresentarem um maior risco pode estar associado a fatores hormonais ou ao contexto cultural, uma vez que a mulher desempenha diversos papéis e responsabilidades na sociedade, como por exemplo a nível doméstico, familiar ou laboral, sendo muitas vezes vítimas de violência. Tanto a discriminação como a violência de género são preditores negativos quer da saúde física como da saúde mental (Eshelman & Levendosky, 2012; Jones, 2013; Kumar, Nizamie, & Kumar, 2013). No caso da esquizofrenia, até aos 40 anos, a prevalência é mais elevada no género

masculino, no entanto, a partir desta idade, a prevalência torna-se mais elevada no género feminino (Abel, Drake, & Goldstein, 2010; Werf et al., 2012). Isto pode estar associado à idade em que surge a perturbação, que nos homens ocorre maioritariamente entre os 15 e os 25 anos e nas mulheres entre os 25 e os 35 anos (Hafner et al., 1998). Por outro lado, o género parece não ter influência na perturbação bipolar, sendo que a prevalência é idêntica em ambos os géneros (Difflorio & Jones, 2010; Gogos, Ney, Seymour, Rheenen, & Felmingham, 2019).

Idade. Segundo a American Psychiatric Association (APA) (2013), os problemas de saúde mental têm uma prevalência de 10 a 20% em indivíduos dos 18 aos 24 anos. Os adolescentes e jovens adultos apresentam taxas mais elevadas de consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco. A essas faixas etárias associam-se também os primeiros surtos psicóticos, sendo também nessa altura que várias perturbações mentais se manifestam (Jones, 2013; Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010).

Experiências precoces. Circunstâncias adversas na fase de gravidez, como o consumo de álcool ou outras substâncias, stress ou depressão materna, poderão ter um impacto negativo no desenvolvimento da criança, com implicações a longo prazo (WHO, 2003). Também a privação de um processo de vinculação positiva, irá ter consequências na expressão de experiências emocionais da criança que, por sua vez, irá promover a dificuldade na gestão e controlo emocional e na perceção e compreensão do contexto de forma adequada, que, posteriormente, vão estar relacionadas com sentimentos de impotência e baixa auto-estima (Maughan & Cicchetti, 2008; Shapero et al., 2014). A ocorrência de experiências traumáticas na infância prevê ansiedade social e depressão (Huh, Kim, Yu, & Chae, 2014; Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015).

Pobreza. A pobreza não se relaciona apenas com um baixo nível socioeconómico, mas também com o desemprego, más condições de habitação, baixa escolarização e baixa coesão familiar. Segundo Prince e Saraceno (2007; 1997), estes componentes constituem fatores de risco para a saúde mental. Alves e Rodrigues (2010) defendem que o aumento do nível socioeconómico promove o bem-estar e a melhoria da saúde mental, sendo este um dos preditores mais relevantes para a saúde mental. Por outro lado, o baixo nível socioeconómico é um preditor de doença mental, que por sua vez contribui para perpetuar os ciclos de pobreza. As condições de habitação estão também intimamente relacionadas com o nível socioeconómico, sendo que uma habitação com as condições necessárias vai proporcionar abrigo, não só físico como também a nível

psíquico e, assim, promover o nível de proteção sentido pelo indivíduo (Patel & Kleinman, 2003).

Emprego. A satisfação no emprego assim como a estabilidade laboral estão também relacionadas com melhores níveis de bem-estar e de saúde mental (Alves & Rodrigues, 2010; WHO, 2010). Por outro lado, já vários estudos mostraram que o desemprego, a precariedade e a insatisfação ou stress laboral são preditores de doença mental, podendo mesmo levar ao suicídio (Alves & Rodrigues, 2010; Patel & Kleinman, 2003)

Educação. Patel e Kleinman (2003) revelam também uma forte relação entre o nível de educação e a incidência de doença mental, demonstrando que quanto menor o nível educacional, maior será a probabilidade de ocorrência de perturbações mentais.

Exclusão social e estigma. O paradigma da exclusão social leva ao isolamento de indivíduos que não são aceites dentro dos padrões habituais de uma sociedade (Spadini & Souza, 2006). O racismo, a discriminação e a estigmatização podem levar à exclusão social. Esta encontra-se associada à doença mental, devido às múltiplas vulnerabilidades que transporta consigo e às dificuldades ao nível dos relacionamentos interpessoais características nesta população (Caballo, 2007; WHO, 2003).

Cultura. A cultura é constituída por costumes, crenças, leis, conhecimentos e hábitos adquiridos numa sociedade (Spadini & Souza, 2006). Com isto, a saúde e a doença são também fortemente influenciadas por este fator (Alves & Rodrigues, 2010). Este influencia na definição do que é considerado doença mental, assim como no padrão de pedido de ajuda e de tratamento (Brugha, 1993 cit. in Alves & Rodrigues, 2010). Através dos processos de aculturação é possível a criação de personalidades vulneráveis, papéis stressantes, bem como a geração de relações e interações patológicas promovendo e fortalecendo determinados comportamentos desajustados (Brugha, 1993 cit. in Alves & Rodrigues, 2010; Spadini & Souza, 2006).

Eventos da vida stressantes. Determinados acontecimentos (por exemplo abuso infantil, situações de violência, exposição a situações de catástrofe natural, doenças crónicas ou lesões incapacitantes) apresentam consequências negativas na saúde mental, uma vez que constituem vivências traumáticas na vida do indivíduo. Estes geralmente encontram-se associados a um elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio (WHO, 2001).

1.3. Saúde Mental em números

A saúde mental é uma parte essencial, que não deve ser descuidada, da saúde geral e do bem-estar do indivíduo. As perturbações mentais contribuem para uma das maiores

taxas de incapacidade e estão associadas a elevadas taxas de mortalidade, sobretudo por suicídio, sendo, a nível mundial, uma das principais causas de morte (WHO, 2011).

Em 2015, a nível mundial, o total de pessoas com depressão foi estimado em mais de 300 milhões, equivalentes a 4,4% da população mundial, verificando-se um número semelhante para as pessoas que sofrem de alguma perturbação de ansiedade (Carvalho, 2017; WHO, 2017). Este número continua a aumentar, em especial nos países em desenvolvimento (Carvalho, 2017). A OMS (2017) reconhece a depressão como o maior contribuinte para a incapacidade para a atividade produtiva, sendo também esta a causa que mais contribui para as mortes por suicídio, que chegam a quase 800 mil por ano. Sabe-se ainda que, entre 2005 e 2015, o número de pessoas com depressão aumentou 18,4% (WHO, 2017).

Relativamente à prevalência da depressão, esta afeta mais mulheres do que homens, cerca de 5,1% para o género feminino e 3,6% para o género masculino (WHO, 2017). As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, sendo mais elevadas na idade adulta avançada, entre os 55 e os 74 anos (acima de 7,5% no género feminino e acima de 5,5% no género masculino) (WHO, 2017). A depressão também pode afetar crianças e adolescentes, com idade inferior a 15 anos, no entanto com taxas de prevalência mais baixas do que nos grupos etários mais elevados e com formas de apresentação não tão evidentes, como alterações do comportamento, do sono ou do apetite ou dificuldades de concentração (WHO, 2017).

No que se refere às perturbações de ansiedade, em 2015, o número total estimado de pessoas que vivem com esta perturbação, a nível mundial, é de 264 milhões, que corresponde a uma proporção de 3,6% (WHO, 2017). Tal como na depressão, a taxa de prevalência é maior no género feminino, de 4,6% comparativamente à proporção de 2,6% no género masculino (WHO, 2017).

De acordo com o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida et al., 2009), integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University*, para as perturbações mentais comuns, Portugal apresentou uma taxa de prevalência anual de 22,9% e de 42,7% de prevalência de vida, sendo que dos 34 países que integraram este estudo, Portugal apresentou a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual. Relativamente às perturbações de ansiedade, dos 9 países europeus que integraram este estudo, Portugal apresentou as prevalências anuais mais elevadas, com uma taxa de 16,5%. Para as perturbações depressivas, no nosso país, é alarmante o intervalo que ocorre entre o início dos sintomas e o tratamento médico, uma vez que

apenas 37,4% das pessoas com depressão, particularmente com os tipos mais graves (depressão maior), acedem a cuidados clínicos no primeiro ano.

Segundo uma revisão sistemática que incluiu 65 estudos observacionais, na população europeia, a mediana da prevalência de vida da esquizofrenia foi estimada em 0,52%, com uma variação de 0,21% a 1,3% (Simeone, Ward, Rotella, Collins, & Windisch, 2015). Em Portugal, Gouveia (2017) estimou a existência de quase 50 mil indivíduos com esquizofrenia e que destes pouco mais de 40 mil estarão a ser seguidos pelo sistema de saúde.

A OMS (2007) refere que 3% da população mundial, cerca de 350 milhões de pessoas apresentam perturbação bipolar. Em Portugal, segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, a prevalência é de 1,1% (Almeida, et al., 2009).

Assim, estes números mostram que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é bastante elevada, o que é muito preocupante. Estes refletem a importância de dar mais atenção a este tema, assim como a necessidade de contrariar estes números.

1.4. Esquizofrenia

Dado que a Esquizofrenia se apresenta como a perturbação com maior prevalência na população em que foi realizado o estágio, seguida da Perturbação Bipolar, será dada especial relevância a estas perturbações.

Contextualização histórica da Esquizofrenia

Relatos históricos de perturbações comportamentais idênticas à esquizofrenia surgiram entre os séculos XV e XVII (Jeste, Carmen, Lohr, & Wyatt, 1985). Em meados do século XIX, psiquiatras europeus investigaram diversos aspetos da esquizofrenia (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004). Estes constataram que perturbações semelhantes podem resultar de causas muito diferentes e que a esquizofrenia pode ter múltiplas etiologias (Walker, et al., 2004).

Emil Kraepelin (1856-1926) foi o primeiro a caracterizar a esquizofrenia, a que ele nomeava como “demência precoce”. Agrupou também a hebefrenia, paranóia e catatonia (anteriormente consideradas perturbações distintas) e classificou-as como subtipos dessa “demência” (Walker, et al., 2004). Kraepelin não fundamentava o

diagnóstico num único sintoma, mas sim no quadro clínico completo, incluindo o processo degenerativo do utente (Walker, et al., 2004).

O termo “esquizofrenia” foi apresentado no início do século XX, por Eugen Bleuler, psiquiatra suíço (Bleuler, 1930; Dollfus & Lyne, 2017). A reconceptualização de “demência precoce” para esquizofrenia, reflete a visão contemporânea de que a esquizofrenia é um grupo heterogêneo de perturbações com etiologias variadas, no entanto com manifestações clínicas semelhantes (Dollfus & Lyne, 2017).

A palavra é derivada de duas palavras gregas: “esquizo”, que significa rasgar ou dividir, e “fren”, que significa intelecto ou mente, referindo-se a funções emocionais (Walker, et al., 2004). Assim, o termo esquizofrenia significa a divisão ou rutura da mente (Walker, et al., 2004).

Definição de Esquizofrenia

A Esquizofrenia é uma perturbação psicótica em que se verifica a perda do sentido de realidade no dia-a-dia, sendo uma das mais debilitantes (Walker, et al., 2004). Desta forma, esta perturbação vai afetar diversas áreas de vida como as relações interpessoais, cuidados pessoais e a nível profissional (APA, 2013). Esta está associada a uma evidente disfunção social, psicológica e/ou ocupacional (Burton, 2006). Envolve ainda dificuldades ao nível das funções cognitivas e emocionais, que incluiu a perceção, o pensamento inferencial, a linguagem, a comunicação e a monitorização comportamental (Coelho & Palha, 2006; Pimentel, Silva, Pereira, & Souza, 2017). A esquizofrenia é, geralmente, uma doença crónica e aparece no final da adolescência ou no início da idade adulta (Jobe & Harrow, 2005).

No DSM-V, a Esquizofrenia encontra-se na categoria de *Espetro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas*, onde se encontram também a Perturbação Esquizoafetiva, a Perturbação Esquizofreniforme e a Perturbação Esquizotípica (APA, 2013).

Sintomatologia da Esquizofrenia

A expressão dos sintomas associados à Esquizofrenia está relacionada com a presença de sintomas positivos, como delírios, alucinações, pensamento (discurso) e comportamento motor desorganizado, e de sintomas negativos, como isolamento, dificuldade em sentir ou expressar emoções, falta de motivação e de interesse nas tarefas do dia a dia (APA, 2013; Valiengo et al., 2019). Segundo Walker, Kestler, Bollini, e Hochman (2004), esta sintomatologia organiza-se essencialmente pelo domínio perceptivo, associado aos delírios, representativo, relacionado com as alucinações, e o domínio comportamental, que diz respeito à componente motora, posturas e rituais.

O delírio refere-se a uma crença fixa, que não é suscetível de mudar, mesmo quando confrontado com a evidência oposta (APA, 2013). É uma crença falsa, inabalável e o conteúdo pode incluir uma variedade de temas, como persecutório, de referência, somático, religioso ou de grandeza (APA, 2013; Bell, Halligan, & Ellis, 2006). A distinção entre um delírio e uma ideia bem defendida nem sempre é fácil e depende, em parte, do grau de convicção com que a crença é defendida, apesar de evidências contraditórias relativamente à sua veracidade (APA, 2013).

Por outro lado, as alucinações são experiências que se assemelham à percepção, no entanto, sem um estímulo externo e sem a possibilidade de um controlo voluntário (APA, 2013). Estas são vivenciadas de forma clara, com a mesma força e impacto das percepções reais, e podem ocorrer em qualquer forma sensorial, apesar de as alucinações auditivas (ouvir vozes) serem as mais comuns (APA, 2013; Serbena & Ilkiu, 2016).

A desorganização do pensamento e do discurso, característica nos indivíduos com esquizofrenia, pode ser percebida pela mudança repentina de um tema para outro, as respostas às perguntas podem não ter uma relação ou o discurso pode estar tão desorganizado tornando-se quase incompreensível (APA, 2013). Esta desorganização, quando num estado mais grave, pode afetar a comunicação (APA, 2013). Também a desorganização ao nível da motricidade global é uma característica destes indivíduos e pode manifestar-se de diversas formas, como a agitação motora imprevisível, e pode levar a dificuldades na realização de atividades quotidianas (APA, 2013). O comportamento catatónico revela-se através de uma redução acentuada na reatividade a estímulos externos, como resistência a instruções ou a ausência de respostas verbais e motoras (APA, 2013).

Por fim, os sintomas negativos dizem respeito a características, que nos indivíduos com esquizofrenia, se encontram diminuídos ou em falta (APA, 2013). Fazem parte destes sintomas a expressão emocional diminuída, falta de motivação, de iniciativa e de prazer perante estímulos positivos, discurso reduzido, diminuição da habilidade social ou o compromisso cognitivo (APA, 2013; Pinho, Pereira, & Chaves, 2018). Estes têm um impacto direto na redução da funcionalidade e, conseqüentemente, no seu desempenho (Pinho, et al., 2018).

Crítérios de Diagnóstico

Segundo o DSM-V (APA, 2013), e de acordo com as características apresentadas anteriormente, existem 6 critérios de diagnóstico da Esquizofrenia, nomeadamente:

- A. Presença de sintomas característicos. Ou seja, devem estar presentes dois (ou mais) dos sintomas apresentados anteriormente, sendo que pelo menos um deles deve ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado, na grande maioria do dia, por um período de pelo menos 1 mês.
- B. Comprometimento da funcionalidade a nível social/ocupacional. Quando uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do aparecimento da perturbação, por um período significativo.
- C. Os sinais contínuos da perturbação terão de persistir durante, no mínimo, 6 meses. Este período deve incluir pelo menos 1 mês (ou menos se tratados com sucesso) de sintomas exigidos no critério A. Durante o período em que os sintomas se podem manifestar apenas de forma residual, os sinais da perturbação podem expressar-se apenas através de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas apresentados no critério A, no entanto numa forma menos acentuada.
- D. Deverão ser excluídas as possibilidades de Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Depressiva ou Perturbação Bipolar com características psicóticas.
- E. Exclusão de substância/condição médica geral. A perturbação não pode ser consequência de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (abuso de drogas ou medicamentos) ou estado físico.
- F. Se existir diagnóstico de Perturbação Autista ou outra Perturbação do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só deverá ser feito se existirem alucinações ou delírios.

Assim, o diagnóstico de Esquizofrenia, geralmente, não é uma tarefa fácil e clara, já que para além de ser extenso e ter de cumprir diversos critérios, é estabelecido, principalmente, com base na história clínica e na observação psicopatológica (Queirós, Coelho, Linhares, & Teles-Correia, 2019).

1.5. Perturbação Bipolar

O humor corresponde ao estado base do indivíduo, conhecido como o estado de espírito. Este tem influência na perceção do mundo, o que se reflete nos comportamentos e vivências relacionais dos indivíduos (Correia, 2014).

Contextualização histórica

As perturbações do humor não são um tema recente, uma vez que estas foram descritas em manuscritos na Grécia e na Pérsia Antiga (Fiorillo et al., 2015). No século XIX, os psiquiatras franceses Jules Baillarger, Jean Piarre e Falret descreveram um novo tipo de “insanidade”, caracterizado pela ocorrência de episódios maníacos e depressivos num mesmo indivíduo e, a partir daí, surgiu o conceito de “la folie à double forme” (insanidade de dupla forma) ou “la folie circulaire” (insanidade circular) (Fiorillo, et al., 2015). Posteriormente, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin estudou o desenvolvimento da perturbação e distinguiu as psicoses em dois grandes grupos: demência precoce e insanidade maníaco-depressiva (Ishiguro & Onaivi, 2017).

Definição e sintomatologia da perturbação bipolar

O humor pode sofrer alterações, que poderão ocorrer de duas formas: uma elevação anormal do humor acompanhada de mudanças comportamentais, caracterizado por humor eufórico, excitação psicomotora, maior velocidade do raciocínio e do discurso, aumento de autoestima, sobrevalorização das próprias capacidades, elevado otimismo e uma diminuição significativa das necessidades de sono; ou um humor baixo ou depressão, caracterizado pela perda de interesse ou de prazer, sensação de cansaço permanente, sentimentos de culpa, baixa autoestima, alteração do apetite e/ou sono e diminuição da atenção e concentração (Miller et al., 2008). Os indivíduos com perturbações de humor revelam, assim, características de alteração do humor e da afetividade (Saraiva & Cerejeira, 2014). Segundo a OMS, a perturbação bipolar é a sexta causa de incapacidade, entre as doenças globais, e a terceira ao nível das perturbações mentais (2017).

A perturbação bipolar parece ser causada pela interação de fatores genéticos e ambientais (Serretti & Mandelli, 2008). Segundo o DSM-5 (APA, 2013), esta divide-se em dois tipos principais: o Tipo I, em que a elevação do humor é mais crítica e persiste por um maior período de tempo (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor não é tão forte (hipomania). Existe ainda um especificador com características mistas, que se aplica aos casos em que se verifica a ocorrência simultânea de sintomas maníacos e depressivos (APA, 2013).

O DSM-5 apresenta ainda, na categoria de *Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas*, a Perturbação Ciclotímica, que se caracteriza pela alternância entre episódios hipomaníacos e depressivos, ao longo de, pelo menos, dois anos nos adultos ou um ano em crianças, sem, no entanto, cumprir os critérios de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressão maior; e “outra perturbação bipolar e perturbação

relacionada especificada”, que pretende classificar quadros atípicos, caracterizados pela ocorrência de sintomatologia que não cumpra os critérios de duração e frequência mínimos, de forma a identificar um episódio hipomaníaco, maníaco ou depressivo (APA, 2013).

O humor elevado ou irritável característico desta perturbação, como já mencionado em cima, pode ser classificado como *mania* ou *hipomania*, dependendo da gravidade e da presença de sintomas psicóticos (Bosaipo, Borges, & Juruena, 2017). A mania refere-se ao estado mais grave de humor elevado ou irritável, podendo estar ou não associado a sintomas psicóticos, que envolvem alterações no comportamento e na funcionalidade social ou profissional do indivíduo (Anderson, Haddad, & Scott, 2012; APA, 2013).

Crítérios de diagnóstico da perturbação bipolar

Segundo o DSM-V (APA, 2013), e de acordo com as características apresentadas anteriormente, a duração do estado de mania deve ser, no mínimo, uma semana, com o humor elevado ou irritável presente grande parte do dia, no entanto, este critério é dispensável se for necessária hospitalização (Anderson, et al., 2012). O episódio maníaco é caracterizado pela elevada autoestima ou grandiosidade, diminuição do sono, aumento da necessidade de falar, sensação de uma maior aceleração dos pensamentos, dificuldade de concentração, aumento da atividade psicomotora ou envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (APA, 2013). De acordo com os critérios de diagnóstico, devem estar presentes três (ou mais) dos sintomas apresentados (quatro se o humor for apenas irritável), representando uma mudança do comportamento habitual. O episódio não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, como o abuso de drogas ou medicamentos (APA, 2013).

Nos episódios de hipomania as elevações de humor e as alterações comportamentais e funcionais não são tão graves, têm uma duração mais breve e não está associado a sintomas psicóticos, comparativamente aos estados de mania (Anderson, et al., 2012). Essas alterações de humor devem persistir durante, pelo menos, quatro dias consecutivos e estar presentes a maior parte do dia (APA, 2013). Para o diagnóstico devem estar presentes três (ou mais) dos sintomas apresentados para o episódio maníaco (quatro se o humor for apenas irritável). Estes devem representar uma mudança evidente do comportamento habitual e observados por outras pessoas (APA, 2013). Também este episódio não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, como o abuso de drogas ou medicamentos (APA, 2013).

Por outro lado, os episódios de depressão maior são caracterizados por um humor deprimido ou perda de interesse e prazer, perda ou ganho significativo do peso, alterações do apetite ou do padrão de sono, agitação ou lentificação psicomotora, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou desajustada, dificuldades de concentração e de tomar decisões, ou até pensamentos de morte e tentativas de suicídio (APA, 2013). Destes devem estar presentes cinco (ou mais), sendo que pelo menos um dos sintomas deve ser o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer, durante pelo menos duas semanas. Estes não devem ser atribuíveis a outra condição médica, causam sofrimento significativo e representam uma mudança no funcionamento habitual do indivíduo (APA, 2013).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), deve então ser aplicado o especificador “com características mistas” nas situações em que, durante a ocorrência de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo, estejam presentes pelo menos três sintomas associados ao polo oposto do humor. É recomendada a adoção do diagnóstico de episódio maníaco com características mistas, nos casos em que os indivíduos apresentam sintomas que cumprem simultaneamente os critérios de mania e de depressão (APA, 2013).

Dados mundiais mostram que a Perturbação Bipolar não afeta homens e mulheres da mesma forma, sendo que as taxas de prevalência do Tipo I são mais elevadas no gênero masculino, enquanto o gênero feminino apresenta taxas mais elevadas do Tipo II (Merikangas et al., 2011). Parece existir também um maior risco de desenvolvimento desta perturbação em jovens adultos, sendo que a maioria dos casos têm início antes dos 25 anos de idade (Kessler et al., 2005). No que diz respeito às comorbidades associadas à Perturbação Bipolar, cerca de 76,5% dos indivíduos com este diagnóstico apresentam ainda outras perturbações ao longo da vida, sendo que as mais frequentes são as perturbações de ansiedade, do comportamento e perturbações associadas ao consumo de substâncias (Merikangas, et al., 2011).

Para além da farmacoterapia, as intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento de perturbações psiquiátricas, como a perturbação bipolar e a esquizofrenia (Yatham et al., 2018). Assim, também a psicomotricidade tem demonstrado efeitos benéficos na recuperação destas e outras psicopatologias (APP, s.d.; Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

1.6. Reabilitação Psicossocial nas perturbações mentais

A mudança de paradigma na prestação de cuidados em saúde mental promoveu o processo de desinstitucionalização e o aparecimento da psiquiatria na comunidade

(Ferreira & Bertão, 2017). A OMS (2001), no Relatório Mundial de Saúde, defende que a prestação de cuidados psiquiátricos, com base na comunidade, comparativamente ao tratamento institucional, apresenta melhores resultados, exibindo efeitos positivos também ao nível da qualidade de vida. Segundo Caballo (2007), as relações interpessoais constituem uma parte básica da vida de qualquer indivíduo e, por isso, ser tão importante que a intervenção em pessoas com perturbação psiquiátrica seja direcionada para a comunidade e promova o estabelecimento de relações sociais.

Desviat (1999, cit. in Guerra, 2004) refere que a reabilitação psicossocial surgiu na década de 40, nos Estados Unidos da América, através de encontros de ex-utentes de hospitais psiquiátricos. Esta abordagem avançou nas décadas seguintes, centrando-se em três domínios: aptidão nas atividades da vida diária, trabalho protegido e residências para treino de autonomia (Guerra, 2004).

A reabilitação psicossocial, segundo a OMS (2001) é vista como um processo que promove nos indivíduos com perturbação psiquiátrica, em desvantagem social, o aumento do seu nível funcional na comunidade. Com isto, a reabilitação psicossocial tem como finalidade o aumento das capacidades do indivíduo e o nível de funcionamento independente na comunidade (Cardoso et al., 2005; Krabbendam & Aleman, 2003; Lussi, Pereira, & Junior, 2006; WHO, 1995). Sendo então, o objetivo final deste processo, a inclusão social e a minimização dos sintomas e dificuldades associadas à perturbação (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Para que ocorra o processo de reabilitação, é importante que os indivíduos com perturbação mental estejam inseridos na comunidade, dispondo da oportunidade de serem incluídos no mercado de trabalho e de vivenciarem diversas experiências sociais (Cardoso, et al., 2005; Lussi, et al., 2006). É também essencial que o indivíduo tenha adesão ao tratamento farmacológico, uma vez que o risco de recaída é de 100% para os utentes que interrompem o tratamento farmacológico (Giner et al., 2006).

A Reabilitação Psicossocial não pretende oferecer soluções, mas sim permitir que as pessoas adquiram ou recuperem as aptidões práticas necessárias para viver em comunidade, disponibilizando-lhes métodos e ferramentas que facilitem esta aprendizagem, como por exemplo o desenvolvimento de competências socioemocionais ou o treino da autonomia nas atividades da vida diária (Lussi, et al., 2006; WHO, 2001). Esta metodologia não disponibiliza um conjunto de estratégias pré-definidas, uma vez que estas variam de acordo com as necessidades e características de cada indivíduo e com o contexto em que está inserido (Saraiva & Cerejeira, 2014;

WHO, 2001). Hirdes e Kantorski (2004) sugeriram um conjunto de aspetos em que a Reabilitação Psicossocial se deverá focar, como a redução da sintomatologia, diminuição da discriminação e do estigma social associado à perturbação mental, apoio familiar e social, formação profissional e empregabilidade e a promoção das competências sociais dos indivíduos.

Desta forma, o que se pretende é que a abordagem clínica, que prevaleceu até há alguns anos, seja complementada com a reabilitação psicossocial, proporcionando o bem-estar das pessoas com perturbações mentais, não só a nível psicológico, mas também a nível social (Anthony & Farkas, 2009). Defendendo que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser direcionada para a comunidade, respeitando sempre os direitos do indivíduo (WHO, 2001).

2. Psicomotricidade

A psicomotricidade estuda o ser humano como um ser holístico e a sua intervenção é efetuada como forma de mediação corporal (Fonseca & Martins, 2001). Segundo os mesmos autores, esta é fundamental na compreensão dos domínios comportamentais que constituem o funcionamento humano, tais como o domínio motor, afetivo e cognitivo. A mediação corporal possibilita ao indivíduo a regulação tónico-emocional, o que permite o desenvolvimento dos processos simbólicos (Fonseca & Martins, 2001; Martins, 2001b).

O ser humano encontra-se numa evolução constante, sendo que é através do corpo que comunica, se manifesta e se expressa (Fonseca & Martins, 2001). Segundo Fonseca (2001), o corpo e o cérebro, assim como a motricidade e o psiquismo, relacionam-se reciprocamente, sendo possível observar-se uma ligação mútua ao longo da ontogénese do ser humano.

Fonseca (2010) refere que o sistema funcional psicomotor do ser humano está organizado segundo os diversos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina). O conjunto destes fatores promove um normal funcionamento do indivíduo, daí a importância de não considerarmos cada um deles individualmente (Fonseca, 2010).

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) refere que a intervenção psicomotora caracteriza-se por considerar as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras de forma integrada, promovendo, assim, a intencionalidade do gesto (APP, s.d.). A APP defende que o grande objetivo da psicomotricidade prende-se com o desenvolvimento da capacidade do indivíduo agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. O psicomotricista atua em todas as

idades, não só a um nível terapêutico, mas também a nível preventivo e educativo (APP, s.d.).

Na prática psicomotora, a nível educativo, propõe-se estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, em indivíduos saudáveis (APP, s.d.). A nível preventivo, por sua vez, pretende-se a promoção e estimulação do desenvolvimento psicomotor, abrangendo a melhoria ou conservação das competências de autonomia e de interação social, sendo que esta vertente se dirige a indivíduos em situação de risco (APP, s.d.). Por último, a vertente reeducativa ou terapêutica destina-se a indivíduos com perturbações do desenvolvimento, da aprendizagem e/ou do comportamento ou, ainda, perturbações psíquicas e neurológicas ou qualquer patologia que comprometa a qualidade de vida da pessoa (APP, s.d.). Ou seja, a vertente reeducativa propõe-se a intervir na dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem quando estes se encontram comprometidos (APP, s.d.).

2.1. Importância da avaliação na psicomotricidade

A intervenção psicomotora, segundo Pitteri (2004), não se pode realizar sem uma avaliação, uma vez que esta vai permitir adaptar a intervenção às características do sujeito e não o contrário.

Com a avaliação pretende-se estabelecer as áreas fortes e as áreas que necessitam de ser trabalhadas (Pitteri, 2004). Para Boscaini (2004), a avaliação psicomotora reflete uma análise corporal, que vai orientar o psicomotricista relativamente aos sintomas ou dificuldades em que deve intervir. Saint-Cast (2004), vê a avaliação como um momento de observação cuidadosa e promenorizada dos comportamentos do indivíduo, permitindo analisar o seu nível de desenvolvimento e de maturação.

A realização da avaliação inicial vai permitir conhecer as dificuldades do indivíduo e, com isso, estabelecer os objetivos a atingir e os apoios necessários para tal (Rivière, 2010). Por outro lado, a avaliação final vai possibilitar a análise dos resultados obtidos, posteriores à intervenção e averiguar os efeitos da mesma (Contandriopoulos, 2006). Esta vai ajudar também a analisar quais as estratégias ou técnicas de intervenção mais eficazes (Rivière, 2010). Desta forma, a avaliação final não avalia apenas o indivíduo, mas também a eficácia do programa de intervenção estabelecido, o que deve ser alterado ou melhorado (Contandriopoulos, 2006; Rivière, 2010).

Assim, não só para a intervenção psicomotora, bem como para qualquer processo terapêutico, a avaliação é fundamental para compreender as dificuldades e as

capacidades do indivíduo, de forma a planificar e estabelecer os objetivos, técnicas e estratégias específicas para cada utente (Leitão, Lombo, & Ferreira, 2008).

2.2. Psicomotricidade instrumental e relacional

A intervenção psicomotora pode ter duas vertentes, a psicomotricidade instrumental e a psicomotricidade relacional, no entanto, não significa que estas se isolem ou se separem. Por vezes, é necessário utilizar ambas numa mesma sessão, de acordo com os objetivos desta e o seu desenvolvimento (Martins, 2001b).

A psicomotricidade relacional é baseada nas teorias psicodinâmicas, em que a relação mãe-bebé é priorizada (Martins, 2001b), sendo realçada a importância das primeiras vivências, experiências tónico-emocionais e comunicacionais, que irão permitir a elaboração mental da criança e, progressivamente, a sua organização e estruturação (G. N. Almeida, 2005; Martins, 2001b). Nesta vertente, a aprendizagem e o desenvolvimento são determinados pela relação afetiva com o outro, de modo que são considerados os aspetos cognitivos, sociais, psicomotores e psicoafectivos para a promoção do desenvolvimento (Vieira, 2009). Esta atua de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioemocional e possibilita, ao indivíduo, a expressão e resolução de conflitos relacionais (Vieira, 2009). Desta forma, o terapeuta deve assumir um papel de um agente securizante, de modo a promover a relação do indivíduo com os outros e com o mundo (Martins, 2001b).

O jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas são utilizadas na psicomotricidade relacional, com o objetivo de promover a comunicação não-verbal, em que, através do corpo em movimento, são exploradas situações que desencadeiam sentimentos, de forma inconsciente, para, posteriormente, se traduzirem em emoções e se tornarem conscientes (Vieira, 2009). Também o espaço onde decorre a intervenção é importante, devendo ser um espaço de prazer e desejo, que promova a exploração, para que o indivíduo possa explorar e expressar livremente os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, na relação com o próprio e na relação com o outro (Donnet, 1993 cit. Martins, 2001b; Mira & Fernandes, 2015; Vieira, 2009).

Por outro lado, a psicomotricidade instrumental dá maior destaque às características espaciais e temporais, aos objetos e ao envolvimento da intervenção, direcionada para a resolução de situações-problema, de forma a proporcionar ao indivíduo a vivência de situações de êxito (Martins, 2001b). Segundo o autor, esta vivência permite o desenvolvimento de uma relação entre o sujeito e a ação, suscetível de eliminar ou minimizar os seus bloqueios e resistências, e o aumento da sua

autoestima e autoconfiança (Martins, 2005). Aragón (2007), refere que a psicomotricidade instrumental tem em vista o desenvolvimento global do sujeito. No entanto, esta vertente tem por base uma abordagem cognitivo-comportamental, destacando os aspetos motores e cognitivos (Martins, 2001b).

Esta vertente valoriza a intencionalidade, a consciencialização da ação e a expressão (Martins, 2005). Defende que é a partir da exploração sensoriomotora que se desenvolve a atividade perceptiva, simbólica e concetual, através de todas as formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras) (Martins, 2001b).

Assim, enquanto a psicomotricidade relacional valoriza as relações do indivíduo consigo próprio e com os outros, promovendo a resolução de conflitos relacionais, a psicomotricidade instrumental enfatiza a relação entre o sujeito e a ação, valorizando as características espaciais e temporais e os objetos do envolvimento terapêutico (Martins, 2001b; Vieira, 2009).

2.3. Intervenção individual e intervenção em grupo

Sessões individuais ou em grupo são duas formas de intervenção, que poderão ser utilizadas na prática psicomotora. Ambas visam trabalhar as necessidades e dificuldades de cada indivíduo, sem nunca esquecer as características destes (Llinares & Rodriguez, 2003).

A intervenção individual permite a realização de um trabalho mais profundo e individualizado (Aragón, 2007). O psicomotricista tem uma maior disponibilidade para o indivíduo e centra-se nas características, dificuldades e no ritmo de aprendizagem e de evolução deste (Aragón, 2007; Martinho, 2018). As sessões individuais permitem a partilha e verbalização das emoções e sentimentos pessoais e a adaptação do plano de intervenção, de acordo com o ritmo do indivíduo e dos seus feedbacks nas sessões (Martinho, 2018). Contudo, a intervenção de um para um, pode ser considerada menos dinâmica e, o facto do sujeito estar apenas com o terapeuta pode torná-lo mais inibido e constrangido na realização das tarefas (Aragón, 2007).

Por outro lado, as dinâmicas em grupo, fornecem um conjunto de situações e experiências muito diversificadas, devido às diferentes personalidades e valores dos elementos, que permitem ajudar o indivíduo ao nível da socialização, comunicação, resolução de conflitos, motivação, iniciativa e criatividade, da aprendizagem e descoberta (Onofre, 2003). Esta intervenção permite experienciar diferentes competências na relação com os outros, ao mesmo tempo, que são trabalhados outros objetivos e competências (Johnson, Moffatt, Smith, & White, 2012). É importante ter presente que, apesar de ser uma intervenção em grupo, não devem ser esquecidos os

objetivos e características a nível individual (Onofre, 2003). No entanto, a intervenção em grupo apresenta também aspetos menos positivos, uma vez que esta implica a necessidade de um espaço físico de maior dimensão e, por vezes, o indivíduo pode revelar maiores dificuldades em adaptar o seu ritmo de aprendizagem ao ritmo do grupo, principalmente se apresentar dificuldades nas relações com os outros (Aragón, 2007; Johnson, et al., 2012).

Assim, tanto a intervenção em grupo como a intervenção individual apresentam vantagens e desvantagens, pelo que a escolha do tipo de intervenção deverá ser resultante da avaliação das características e necessidades do sujeito, e dos benefícios de cada tipo intervenção para cada caso (Llinares & Rodriguez, 2003). De acordo com Aragón (2007), habitualmente, as sessões individuais são realizadas num período inicial e, só posteriormente, caso se verifiquem benefícios e as condições necessárias para tal, se realiza uma intervenção em grupo (Aragón, 2007). Também a formação dos grupos terapêuticos é importante, para isso é necessário ter em consideração os diagnósticos, sintomas e características de cada elemento, tendo sempre em atenção o seu nível de desenvolvimento e autonomia, assim como os objetivos a serem trabalhados individualmente, para isso, a avaliação torna-se essencial (Johnson, et al., 2012).

2.4. Alterações psicomotoras nas perturbações mentais

A compreensão das alterações psicomotoras que os indivíduos com perturbação mental apresentam é importante para uma melhor compreensão da doença e, com isso, o seu impacto social e pessoal (Morrens, Hulstijn, Lewi, & Sabbe, 2008; Morrens, Hulstijn, & Sabbe, 2007).

Na perturbação bipolar, as alterações de humor vão influenciar todo o comportamento (Bosaipo, et al., 2017). A mania é um estado que não afeta apenas o humor, mas também as funções vegetativas como o sono, cognição, nível de energia e a psicomotricidade (Bosaipo, et al., 2017). Num episódio de mania, existe um aumento de energia, que leva a uma agitação psicomotora, pensamentos mais acelerados, menor capacidade de planeamento, discurso confuso e pouco fluído (Miller, et al., 2008).

No início do século XX, Kraepelin e Bleuler observaram e reconheceram alterações psicomotoras na esquizofrenia, em especial os movimentos lentificados (Morrens, et al., 2008; Morrens, et al., 2007). Docx e os seus colaboradores (2012) dividiram as alterações psicomotoras em três domínios: sinais extrapiramidais, lentificação psicomotora e sinais suaves neurológicos motores.

Os sinais extrapiramidais mais observados são a discinesia, o parkinsonismo e a distonia (Pappa & Dazzan, 2009 cit in Docx, et al., 2012). Estes são associados a efeitos secundários da medicação (antipsicóticos), embora outros autores os considerem características intrínsecas à esquizofrenia, uma vez que se verificou que estes podem surgir em indivíduos com esta perturbação nunca medicados (Correia, 2014; Pappa & Dazzan, 2009 cit in Docx, et al., 2012; McCreddie, Srinivasan, Padmavati, & Thara, 2005).

Quanto à lentificação psicomotora, esta parece não estar associada aos efeitos da medicação, mas aos sintomas negativos da perturbação e, em menor grau, aos sintomas positivos e depressivos (Morrens, et al., 2007). Esta não se traduz numa disfunção numa área específica do cérebro, mas está associada a défices na coordenação e realização de atividades motoras complexas, na integração sensorial e na lateralização cerebral (Bokset al., 2000 cit in Chan, Xu, Heinrichs, Yu, & Wang, 2010; Docx, et al., 2012; Sewell et al., 2010). A lentificação psicomotora compreende os processos cognitivos envolvidos na produção do movimento e a execução do próprio movimento. Esta caracteriza-se pela diminuição de velocidade de diversos processos motores como a marcha, praxia fina, fala e expressões faciais, sendo que a presença de depressão pode agravar a lentificação (Morrens, et al., 2007). Em indivíduos com um diagnóstico mais severo os movimentos podem ser extremamente lentos e a atividade psicomotora pode ser mínima, afetando a competência social e a funcionalidade nas atividades de vida diária (Morrens, et al., 2007).

Por sua vez, os sinais suaves neurológicos motores referem-se a défices na coordenação e sequencialização de ações motoras complexas (Docx, et al., 2012). Apesar de estes sinais não fazerem parte dos sintomas característicos do diagnóstico de esquizofrenia, são observados frequentemente e relacionam-se com o funcionamento cognitivo dos indivíduos com esta perturbação (Chan, et al., 2010; Docx, et al., 2012). Anomalias estruturais ao nível do vérmis do cerebelo em indivíduos com esquizofrenia prejudicam o ajuste do tónus muscular, que resulta em défices na coordenação motora, dificuldades no controlo postural e ao nível do equilíbrio (Marvel, Schwartz, & Rosse, 2004). Estas dificuldades são ainda intensificadas pelo facto dos indivíduos com perturbações mentais utilizarem menos as informações visuais para o controlo postural, a coordenação de movimentos e a orientação no espaço (Marvel, et al., 2004; Stensdotter, Lora, Fløvig, & Djupsjöbacka, 2013).

Alterações na perceção temporal parece também ser uma característica de indivíduos com esquizofrenia (Martin, Giersch, Huron, & Wassenhove, 2013). Segundo

estes autores, estes indivíduos demoram mais tempo a integrar a informação, o que dificulta a organização dos eventos no tempo. O comprometimento dos domínios perceptivo, cognitivo e comportamental característico nestes indivíduos está associado a uma dificuldade na utilização e manuseamento do dinheiro, sendo esta uma questão importante na autonomia pessoal e na vida em comunidade (Borras et al., 2007)

A esquizofrenia tem sido associada à desintegração do EU, relacionada com alterações na integração social (Postmes et al., 2014). O reconhecimento do EU e o reconhecimento do outro, em indivíduos com esquizofrenia, encontram-se comprometidos devido a défices nos mecanismos multissensoriais, em especial, a alterações no processamento emocional, desintegração dos inputs sensoriais, dificuldade de identificação da origem dos estímulos e um fraco reconhecimento do corpo (Roux et al., 2010 cit in Postmes, et al., 2014). Estas alterações no conceito do EU podem estar presentes antes do primeiro episódio psicótico, constituindo um fator preditor para o diagnóstico (Postmes, et al., 2014).

A representação corporal encontra-se também comprometida. Pessoas com esta patologia apresentam défices no esquema corporal e uma imagem corporal alterada (Graham, Martin-Iverson, Holmes, Jablensky, & Waters, 2014). Assim, indivíduos com esta patologia apresentam dificuldades na imaginação de movimentos, sintomas de fragmentação corporal, alterações na perceção dos tamanho das várias partes do corpo ou do corpo na sua totalidade, não aceitação dos limites corporais, pensamentos e atitudes anormais relativamente ao próprio corpo e/ou sensações corporais patológicas (Graham, et al., 2014; Priebe & Röhricht, 2001).

As atividades psicomotoras são um componente essencial e determinante para a minimização destas alterações psicomotoras e a funcionalidade nas perturbações mentais (Morrenset al., 2007).

2.5. Intervenção psicomotora nas perturbações mentais

Diversas perturbações psicopatológicas podem beneficiar com a intervenção psicomotora, tais como perturbações da ansiedade, perturbações de humor, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicóticas e perturbações do esquema e imagem corporal (APP, s.d.). Com esta população, o psicomotricista pode realizar o seu trabalho em clínica privada ou integrar uma equipa multidisciplinar, em contexto hospitalar, nos departamentos/serviços de psiquiatria, em regime ambulatorio, de internamento ou área de dia (APP, s.d.).

No âmbito da saúde mental, a psicomotricidade tem como principais objetivos: (1) aumentar a consciência corporal, como ferramenta de expressão e comunicação; (2) promover a relação interpessoal; (3) aumentar a tolerância à frustração e autorregulação; (4) diminuir a impulsividade; (5) trabalhar a imagem corporal, de forma a melhorar a autoestima, através da estimulação do equilíbrio, coordenação, capacidade de relaxação e o controlo respiratório; (6) desenvolver a capacidade de autorreflexão; (7) desenvolver a capacidade de gestão de conflitos; (8) promover a autonomia na realização de atividades da vida diária (AVD's) e (9) preservar e melhorar a capacidade funcional (APP, s.d.; Probst, et al., 2010; Probst & Vliet, 2005).

Na intervenção, o psicomotricista deve criar um ambiente securizante, incentivar e orientar o indivíduo, de modo a que este consiga explorar os seus sentimentos e emoções e perceber as suas capacidades e dificuldades (Martins, 2001b). Estes aspetos vão possibilitar o desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos, o aumento da autoestima do indivíduo e melhorar a forma como este lida com os problemas e situações de stress que possam surgir (Martins, 2001b). De forma a potencializar a intervenção, deverá haver uma articulação entre a intervenção psicomotora e outros sistemas ou serviços, ou seja, o psicomotricista deverá colaborar com a família/cuidadores, terapeutas, psicólogos, enfermeiros, psiquiatras e neurologistas, e privilegiar sempre o trabalho em equipas multidisciplinares (APP, s.d.).

No sentido de alcançar os objetivos propostos, a psicomotricidade dispõe de diversas técnicas, tais como as técnicas de relaxação e consciência corporal, gnoso-práticas, terapias expressivas, atividades lúdicas e atividades de consciencialização motora (Fonseca, 2010). Estas técnicas possibilitam a gestão e estruturação de emoções e, assim, a afirmação da identidade do sujeito, facilitando a interação deste com o outro e com o meio envolvente (Martins, 2001b; Probst & Vliet, 2005).

A relaxação, uma das técnicas utilizadas em psicomotricidade, refere-se a um método de mediação corporal, que facilita a regulação de emoções que, por sua vez, regula a associação entre a ação e a expressão emocional e cognitiva do indivíduo, influenciando assim a intensidade das manifestações (Martins, 2001a). Esta técnica permite uma descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo, assim como o desenvolvimento da imagem e representação subjetiva deste (Boscaini, 2003; Martins, 2001a). Assim, na intervenção psicomotora, a relaxação funciona como uma ponte entre o que é sentido e vivido nessa experiência corporal, operacionalizada essencialmente numa base tónico emocional (Martins, 2001a).

As terapias expressivas têm por base o movimento e recorrem essencialmente à comunicação não-verbal, promovendo a expressão corporal (Malchiodi, 2005; Martinho, 2018). Malchiodi (2005) refere que esta técnica permite a resolução de problemas e de conflitos emocionais, promove a autoconsciência, o desenvolvimento de competências sociais, a redução da ansiedade e o aumento da autoestima, através de mediadores como a música, dança ou expressão plástica.

As técnicas gnoso-práticas são utilizadas quando se pretende fazer a ligação entre a ação (praxia) e a respetiva representação (gnosia), com o objetivo de desenvolver as competências psicomotoras e a autorregulação do comportamento (Martins, 2001b). Estas envolvem uma relação entre a cognição (perceção, representação, antecipação e o planeamento) e a orientação espacial e temporal da praxia (Martins, 2001b). Assim, a parte gnósica, através da perceção das informações sensoriais do envolvimento, permite o reconhecimento de um objeto ou elemento exterior, enquanto a praxia permite a realização da ação em relação aos elementos desse envolvimento (Sage, Crosnier, Soppelsa, & Galliano, 2011).

A intervenção com base em atividades promotoras de competências sociais e emocionais são uma estratégia para a população com perturbações psiquiátricas, uma vez que objetivam o aumento de capacidades ao nível da comunicação, a aquisição de competências sociais e a capacidade de resolução de problemas (Probst & Vliet, 2005). A intervenção psicomotora, com o objetivo de desenvolvimento de competências sociais e emocionais, promove as relações interpessoais saudáveis e, assim, contribui para o bem-estar do sujeito (Loureiro, 2013).

Desta forma, recorrendo a variadas técnicas, a psicomotricidade pode desempenhar um papel importante na reabilitação dos sujeitos com perturbação mental, promovendo o bem-estar e a integração social destes (Martinho, 2018).

3. Competências Socioemocionais

A Rede Europeia para a Competência Social e Emocional (www.enseceurope.org), define este conceito como um conjunto de conhecimentos, atitudes e competências, relativas aos processos intrapessoais e interpessoais associados ao comportamento pró-social, incluindo a capacidade de resolução de problemas, competências de tomada de decisão, gestão do stress, autorregulação, autoconfiança, competências de comunicação e cooperação (European Network for Social and Emotional Competence, 2019). A Competência Socioemocional é um construto multidimensional, fundamental

no ser humano para a sua adaptação e sucesso ao longo da vida (Domitrovich, Durlak, Staley, & Weissberg, 2017).

Segundo o Collaborative for Academic Social and Emotional Learning (CASEL), o conceito de Competência Socioemocional está associado a dois domínios, das competências intrapessoais e das competências interpessoais (CASEL, 2013, 2015; Pellegrin & Hilton, 2012). As competências intrapessoais, que permitem por exemplo, a capacidade de autorregulação, regulação de emoções, desenvolvimento de pensamentos positivos, elaboração de estratégias de *coping* ou o estabelecimento de objetivos realistas, referem-se às competências necessárias para o funcionamento global de cada indivíduo (Domitrovich, et al., 2017; Pellegrin & Hilton, 2012). Enquanto as competências interpessoais, que suportam, por exemplo, a capacidade de comunicação interpessoal, comparação de diferentes perspetivas, negociação ou a resolução de problemas sociais, são as competências essenciais para uma interação bem-sucedida com os outros (Domitrovich, et al., 2017).

O processo de aprendizagem e desenvolvimento social e emocional permite a aquisição e aplicação eficaz de competências, tais como compreender e gerir emoções, desenvolver e demonstrar empatia pelos outros, estabelecer objetivos, tomada de decisões responsáveis e conscientes e estabelecer e manter relações interpessoais (Weissberg, Durlak, Domitrovich, & Gullotta, 2015).

A manifestação da competência socioemocional através de capacidades e atitudes exige a integração entre os domínios afetivo, cognitivo e comportamental (Beauchamp & Anderson, 2010; Greenberg et al., 2003). Com isto, é possível perceber que a competência socioemocional contribui para diversas dimensões do funcionamento humano, entre as quais o desenvolvimento de relações sociais saudáveis, adequação comportamental, evitamento de comportamentos de risco e o sucesso académico ou profissional (Epstein, Griffin, & Botvin, 2000; Taft, Schumm, Marshall, Panuzio, & Holtzworth-Munroe, 2008). Deste modo, torna-se importante mencionar que as competências socioemocionais estão relacionadas com o funcionamento socioemocional propriamente dito, nomeadamente, no que respeita à identificação e compreensão de emoções do próprio e dos outros, sentimento e demonstração de empatia, estabelecimento e manutenção de relações sociais positivas e manifestação de comportamentos pró-sociais, bem como com o funcionamento executivo, no que se refere ao controlo atencional e tomada de decisão (Denham, Bassett, & Zinsser, 2012; Domitrovich, et al., 2017; D. E. Jones, Greenberg, & Crowley, 2015). Assim a competência socioemocional pode ser considerada uma característica essencial para um desenvolvimento saudável e para contrariar ou diminuir potenciais

efeitos negativos associados à exposição a situações de risco (Domitrovich, et al., 2017).

3.1. Modelo de Aprendizagem Socioemocional da CASEL

A aprendizagem socioemocional refere-se ao processo através do qual ocorre o desenvolvimento da competência socioemocional, em que crianças e adultos adquirem e aplicam, de forma eficaz, conhecimentos, atitudes e capacidades necessárias para a concretização de diversas funções socioemocionais, tais como a compreensão e gestão de emoções, estabelecimento e alcance de objetivos, sentimento e manifestação de empatia pelos outros, estabelecimento e conservação de relações saudáveis, tomada de decisões conscientes e responsáveis (Beauchamp & Anderson, 2010; CASEL, 2015). Esta aprendizagem, dependente da integração dos sistemas afetivos, cognitivos e comportamentais, é essencial para o desenvolvimento de crianças e adultos bem-sucedidos, potenciando a capacidade de integração de competências, atitudes e comportamentos para lidar com adversidades do quotidiano, minimizando os comportamentos de risco (Beauchamp & Anderson, 2010; CASEL, 2015).

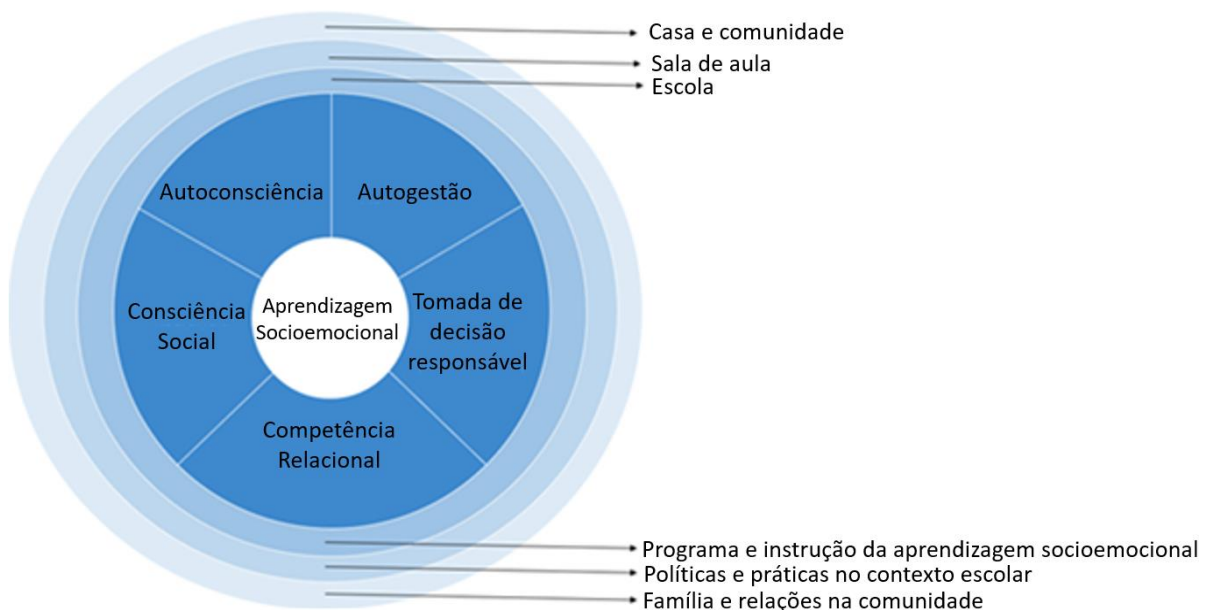


Figura 1 - Modelo de Aprendizagem Socioemocional (Casel, 2015, p.5)

O Modelo de Aprendizagem Socioemocional, apresentado pela CASEL, defende a existência de cinco categorias da competência socioemocional: a) a autoconsciência; b) a autogestão; c) a consciência social; d) a competência relacional; e e) a tomada de decisão responsável (CASEL, 2015). Estas competências refletem domínios intra e interpessoais e relacionam-se reciprocamente. A autoconsciência e a autogestão estão associadas ao domínio intrapessoal, enquanto a consciência social e as competências

de relacionamento refletem o domínio interpessoal (CASEL, 2015). A tomada de decisão representa estes dois domínios, por se tratar de um processo tanto individual como social (CASEL, 2015).

De acordo com este modelo, a autoconsciência consiste na capacidade de reconhecer as emoções, pensamentos e valores de uma pessoa e a forma como influenciam o seu comportamento (CASEL, 2015). Esta capacidade possibilita a avaliação dos pontos fortes e dificuldades de cada um, de forma realista, e inclui competências socioemocionais específicas como a identificação de emoções, autopercepção, autoconfiança e autoeficácia (CASEL, 2015).

A autogestão representa a capacidade de regular as próprias emoções, pensamentos e comportamentos, de acordo com as circunstâncias de cada contexto (CASEL, 2015). Esta compreende competências específicas como a gestão do stress, controlo de impulsos, automotivação, estabelecimento e alcance de objetivos (CASEL, 2015).

A consciência social corresponde à capacidade de reconhecer a perspetiva dos outros e demonstrar empatia para com eles, contribuindo para a compreensão de normas comportamentais sociais e éticas, de diferentes contextos, origens e culturas e reconhecer os diversos recursos disponíveis na comunidade (CASEL, 2015). Assim, esta associa-se a competências como a valorização da diversidade e o respeito pelos outros (CASEL, 2015).

A competência relacional diz respeito à capacidade de iniciar e manter relações saudáveis e gratificantes com diferentes indivíduos e grupos (CASEL, 2015). Esta envolve competências socioemocionais específicas como uma comunicação clara, escuta ativa, resistência a pressões sociais desadequadas, cooperação, negociação de conflitos interpessoais, de forma construtiva, procura e oferta de ajuda quando necessário (CASEL, 2015).

Por sua vez, a tomada de decisão responsável consiste na capacidade de realizar escolhas construtivas e conscientes relativamente ao comportamento social e às interações sociais, tendo em consideração os padrões éticos, normas sociais, e preocupações relativas à segurança do próprio e dos outros, de forma a promover o bem-estar de si mesmo e dos outros (CASEL, 2015). Esta compreende competências socioemocionais específicas, como a identificação de problemas, análises de situações, avaliação realista das consequências e resolução de problemas (CASEL, 2015).

O modelo defendido pela CASEL, sublinha a importância dos contextos de aprendizagem e da sua influência neste processo, tal como as competências referidas

(CASEL, 2015). Com isto, defende que a definição de contextos favoráveis, que promovam relações e interações de qualidade, práticas de liderança e estruturas organizacionais, revela-se indispensável para a promoção do desenvolvimento e aprendizagem socioemocional (CASEL, 2015; Domitrovich, et al., 2017).

Como é conhecido, a aprendizagem de conceitos, regras e práticas culturais que suportam os processos de socialização ocorre nos contextos sociais (Bandura, 1986; Cia & Barham, 2009; Petrucci, Borsa, & Koller, 2016). Neste sentido, para a promoção da competência social e emocional, as interações interpessoais são essenciais e podem ocorrer em diversos ambientes e contextos (CASEL, 2015). Greenberg e os seus colaboradores (2003), sugerem que as estratégias com o objetivo de promover a competência socioemocional produzem melhores resultados quando baseadas e inseridas na comunidade. Daí a importância da prática do domínio desta competência fora do contexto formal de aprendizagem e inserido em contextos reais familiares e comunitários, defendida também por este modelo (CASEL, 2015).

Assim, importa referir que a intervenção na promoção de competências sociais e emocionais desenvolvida neste estágio na ARIA seguiu os construtos defendidos por este modelo.

3.2. Intervenção na promoção das competências socioemocionais

Nos últimos anos tem se verificado um aumento do interesse pelos programas de desenvolvimento de competências socioemocionais como uma medida essencial no aumento da qualidade de vida e bem-estar (Knapp, McDaid, & Parsonage, 2011). Estes autores referem que a promoção de competências sociais e emocionais é uma das intervenções com melhor relação custo/benefício, pois, promove a adaptação do indivíduo às exigências da sociedade, de forma a ajustar-se às necessidades complexas da vida em comunidade (Greenberg, et al., 2003).

Os programas de aprendizagem socioemocional, ou pelo menos a sua maioria, referenciados na literatura são desenvolvidos de forma estruturada e consistente, sustentados num suporte teórico e empírico robusto (CASEL, 2015). No entanto, a adoção de bons programas não é sinónimo de uma intervenção de sucesso (Fagan & Mihalic, 2003). É essencial monitorizar a sua implementação e adaptar às características individuais de cada um (Weissberg, et al., 2015). De forma a alcançar melhores resultados e a potenciar a adesão dos participantes aos programas, a

intervenção deve-se focar não só nas dificuldades destes, mas também nas suas capacidades e áreas fortes (Schlager, 2013 Berghuis, 2018)

Para as sessões de intervenção, Liberman e Martin (1988) e CASEL (2015) fizeram algumas recomendações como: (a) seguir planos de sessão, conteúdos e orientações concretas; (b) utilizar instruções específicas e claras, de forma a facilitar a compreensão; (c) utilizar o reforço, através de feedbacks positivos, sempre que sejam observadas melhorias nos comportamentos sociais e emocionais do sujeito; (d) envolver a comunidade e situações do quotidiano. As técnicas de *role play* são uma mais valia nas sessões de promoção de competências socioemocionais, uma vez que promovem a participação ativa do sujeito na sessão, de uma forma mais dinâmica e recorrendo a situações da vida real (CASEL, 2015). No entanto, é também fundamental que a aprendizagem ocorra de uma forma informal, ou seja, fora de uma sala e diretamente na comunidade (Liberman & Martin, 1988).

Para o sucesso da intervenção, a forma como o técnico lidera as sessões é extremamente importante (Liberman & Martin, 1988). Segundo estes autores, é recomendado que os técnicos utilizem métodos de ensino ativos, como a modelagem, a instrução didática, o reforço através de feedbacks e que forneçam indicações de tarefas que os indivíduos devem realizar fora das sessões, de modo a promover a transferência dos conhecimentos que aprendem nas sessões para as situações do quotidiano. No que diz respeito à duração e frequência das sessões, Liberman e Martin (1988) recomendam que estas sessões tenham uma duração de 45 a 90 minutos e que sejam realizadas entre uma a duas vezes por semana.

Assim, importa referir que a promoção de competências sociais e emocionais tem evidenciado um impacto global e a longo prazo, apresentando benefícios ao nível da saúde mental, da qualidade e bem-estar do indivíduo, que se prolongam mesmo após a intervenção (CASEL, 2015).

3.3. Alterações nas competências socioemocionais associadas às perturbações mentais

As competências socioemocionais, num indivíduo com perturbação mental, encontram-se comprometidas (Caballo, 2007; Coelho & Palha, 2006). Por um lado, as dificuldades nestas competências fazem parte da sintomatologia e, por outro, estas funcionam também como uma agravante de outros sintomas presentes (Caballo, 2007). Ou seja, os problemas de adaptação social e a dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais não estão meramente correlacionados com a doença, mas fazem parte dela e caracterizam-na (Caballo, 2007). Quer isto dizer que as pessoas com

perturbações psiquiátricas tendem a experienciar dificuldades interpessoais, resultantes de dificuldades na interação com os outros, no estabelecimento e manutenção de relações saudáveis e na negociação e resolução de conflitos, uma vez que estas aptidões exigem o recurso a diferentes competências sociais e emocionais que, nesta população, se encontram comprometidas (Aebi, Giger, Plattner, Metzke, & Steinhausen, 2014).

Assim, a responsividade emocional restrita e o défice nas competências sociais, vão atuar como barreiras no estabelecimento e conservação de novos relacionamentos (Coelho & Palha, 2006). Por sua vez, estas dificuldades no relacionamento interpessoal vão promover uma baixa qualidade de vida e o isolamento social (Coelho & Palha, 2006). Em condições crónicas, como no caso das doenças mentais graves, uma vez que o tratamento não é curativo, a qualidade de vida e o suporte social adquirem uma maior relevância (Souza & Coutinho, 2005). O comprometimento nestas competências, não origina apenas dificuldades ao nível das relações interpessoais, mas afeta também o cuidado a nível pessoal, como por exemplo os cuidados ao nível da higiene pessoal e a realização das tarefas diárias (Caballo, 2007).

A conversação é uma ferramenta fundamental para a interação com o outro (Coelho & Palha, 2006). Estas habilidades incluem o cumprimentar, apresentar, a capacidade de saber ouvir o outro, de iniciar e manter uma conversa, de acordo com o contexto e a pessoa com quem está a partilhar (Coelho & Palha, 2006). No entanto, pessoas com esquizofrenia apresentam dificuldades ao nível das habilidades de conversação, o que prejudica as relações interpessoais e, assim, a integração destas pessoas na comunidade (Chien et al., 2003; Coelho & Palha, 2006).

A resolução de problemas sociais consiste também numa área comprometida, dado que défices ao nível desta capacidade ampliam a utilização de estratégias antissociais de *coping* perante situações de stress diário (Aebi, et al., 2014). A realização de atividades da vida diárias exige capacidades de planeamento, autocontrolo e de resolução de problemas, sendo que o desempenho das pessoas com perturbações mentais nestas atividades é menor (Lipskaya, Jarus, & Kotler, 2011; Nakanishi et al., 2007).

Também a tomada de perspetivas sociais é uma área que tende a encontrar-se comprometida nos indivíduos com perturbações psiquiátricas, pelo que estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades em reconhecer e interpretar as intenções e motivações de outras pessoas evidenciando também uma falta de empatia pelos outros

(Tonelli, Liboni, & Cavicchioli, 2013). Relativamente à falta de empatia, esta prejudica também o reconhecimento, identificação e interpretação de emoções, em si e nos outros, sendo estas referências essenciais para o desenvolvimento da competência social e emocional e para o funcionamento individual e social destes indivíduos (Addington, Saeedi, & Addington, 2006; Wiener, Andrzejewska, Bodnar, & Rybakowski, 2011). A capacidade para reconhecer emoções faciais representa uma competência fundamental da cognição social e surge consistentemente na esquizofrenia como uma capacidade deficitária (Mandal, Pandey, & Prasad, 1998).

De forma a garantir a qualidade de vida destas pessoas, é importante responder às suas necessidades, promover o suporte social e a integração na comunidade (Sousa, Pinho, & Pereira, 2017). Esta associação entre a dificuldade nas competências socioemocionais, a qualidade de vida e o seu impacto no processo de recuperação de pessoas com perturbações mentais, desencadeou o desenvolvimento de programas de intervenção ao nível das competências socioemocionais junto destas pessoas (Green & Leitman, 2008; Martínez-Domínguez, Penadés, Segura, González-Rodríguez, & Catalán, 2015; Ric, 2015).

4. Caracterização da instituição

Criada em 1991, por um grupo de técnicos da área da saúde mental, do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), a Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) caracteriza-se como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, dirigida a pessoas com problemas de saúde mental e em desvantagem psicossocial (ARIA, 2018). Assim, apresenta como missão ajudar essas pessoas a adquirir os recursos necessários à sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional. Esta instituição pretende ser reconhecida como uma instituição de excelência na área da reabilitação psicossocial e profissional de pessoas com problemas de saúde, com cuidados especializados e de qualidade, que possibilitam a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos (ARIA, 2018).

Esta instituição foca-se num processo contínuo de melhoria das atividades planeadas, que se baseia numa revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas claras e precisas, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (ARIA, s.d.) O trabalho desenvolvido pela ARIA assenta numa abordagem dinâmica e é suportado por três princípios fundamentais, que são estes: a orientação para o utente, a melhoria contínua dos processos e o envolvimento dos colaboradores e parceiros (ARIA, 2018).

Apresenta como objetivos: “garantir a prestação de serviços de qualidade, respondendo sempre que possível às necessidades e expectativas dos seus clientes, concorrendo para o bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, de modo a melhorar as suas competências e estimular o seu envolvimento na instituição, potenciando a melhoria contínua dos serviços prestados; apostar no investimento em tecnologias e sistemas de informação/comunicação, garantindo a melhoria da organização interna através de procedimentos administrativos e de gestão claros e rigorosos, que contribuem para a melhoria contínua da eficácia do Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) e preservar o ambiente, através da utilização racional e eficiente dos recursos naturais e energéticos e de sensibilização de todos os colaboradores e clientes, de forma à consciencialização para um ambiente melhor” (ARIA, 2018, p. 3). De forma a assumir a sua missão, a ARIA é composta por diversos órgãos com diferentes funções.

4.1. Respostas Sociais da ARIA

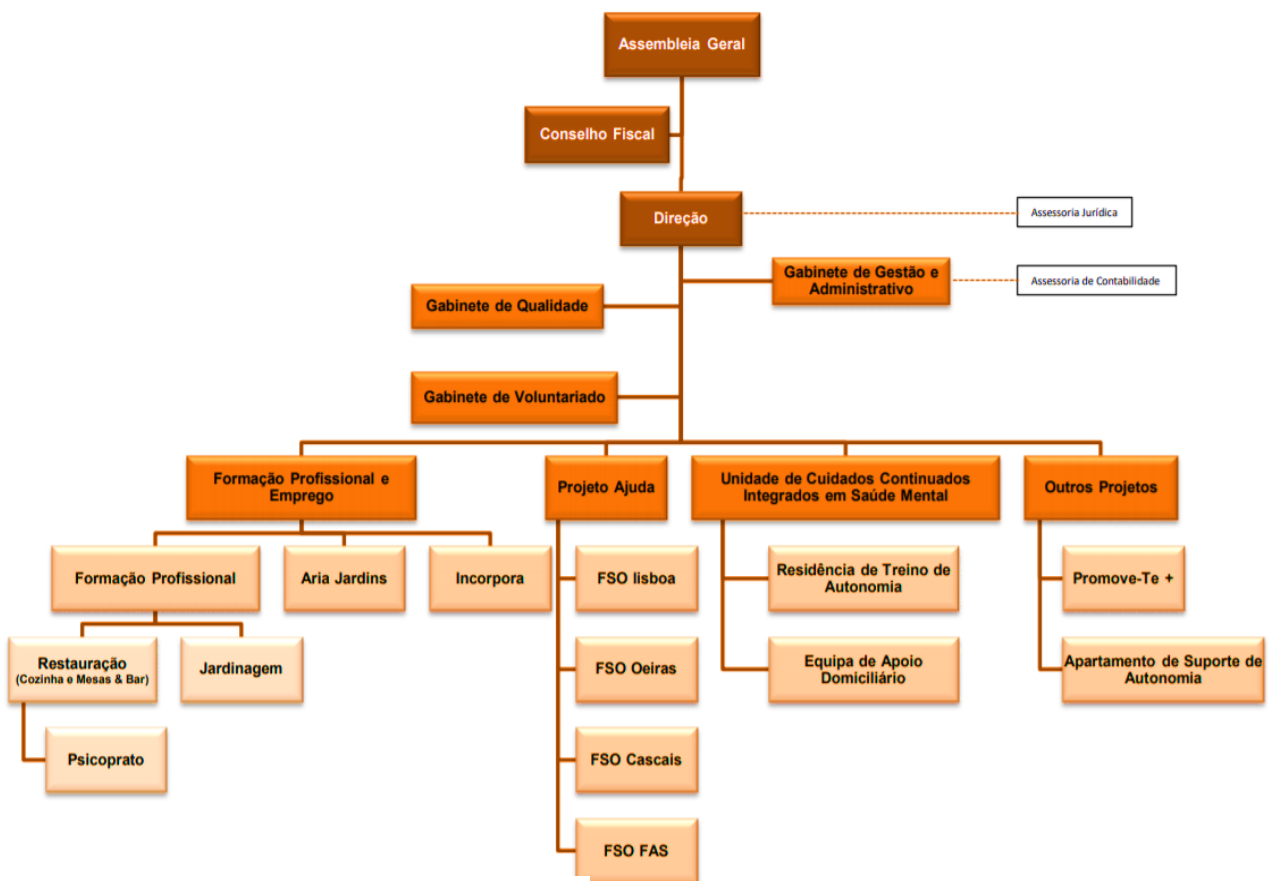


Figura 2 - Organograma da ARIA (ARIA, s.d.)

Através deste organograma, é possível constatar que a ARIA apresenta diversas respostas sociais: Gabinete da Qualidade, responsável pela implementação do SGQ;

Gabinete do Voluntariado, responsável por recrutar e gerir a bolsa de voluntários para apoio nas atividades da instituição e o Gabinete de Serviço Social, responsável pelo acolhimento, triagem e encaminhamento de candidatos a clientes da instituição (ARIA, 2018).

A ARIA apresenta também várias áreas de intervenção: a Formação Profissional e Emprego, com o objetivo de promover a autonomia socioeconómica dos seus utentes e o reforço das capacidades e competências socioprofissionais destes; o Projeto Emprego, com a ARIA Jardins que, através da prestação de serviços de jardinagem, integra profissionalmente indivíduos com problemas de saúde mental e em desvantagem psicossocial; o Projeto Ajuda, que visa promover a autonomia destas pessoas, assim como reforçar as suas capacidades e competências pessoais e sociais, através de Fóruns Sócio Ocupacionais; a Residência de Treino de Autonomia (RTA), com o objetivo de promover a qualidade de vida dos utentes, assim como potencializar a sua participação na elaboração do seu projeto de vida e integração na comunidade; a Equipa de Apoio Domiciliário (EAD), que pretende prestar cuidados junto de pessoas com doença mental grave, e ainda o Projeto Incomum, que atua junto de crianças e jovens com problemas de saúde mental. Apresenta ainda outras iniciativas como o Apartamento de Suporte à Autonomia (ASA's) ou a exposição *FotograficaMENTE*.

4.2. Fórum Socio Ocupacional de Lisboa

Os Fóruns Socio Ocupacionais são serviços de Reabilitação Psicossocial, que se destinam a jovens e adultos com problemas de saúde mental. Fornecem um conjunto de atividades, que têm como objetivo a promoção da autonomia e da qualidade de vida dos seus utentes (ARIA, s.d.). Estes fóruns pretendem apoiar os utentes na construção de um projeto de vida, promover a adesão a um plano terapêutico, apoiar as famílias e promover a integração e a sensibilização da comunidade (ARIA, s.d.).

O Fórum Socio Ocupacional de Lisboa (FSO) destina-se a indivíduos com idades entre os 16 e os 50 anos e com um grau de autonomia moderado. Este fórum tem como objetivo a integração socio-profissional dos seus clientes (ARIA, s.d.). Localiza-se, desde 2003, no Bairro da Quinta do Cabrinha, em Lisboa, com um horário de funcionamento das 9h às 17h, todos os dias úteis. Tem capacidade para acolher 30 utentes, que devem ser devidamente sinalizados, através de um processo de admissão/triagem efetuado pelo Gabinete de Serviço Social da ARIA (ARIA, s.d.).

A equipa técnica é constituída pela Diretora Técnica do Fórum – Dra. Ana Catarina Malcata (Psicopedagoga) e por alguns Técnicos de Reabilitação Psicossocial,

nomeadamente a Dra. Mónica Mateus, Psicóloga Clínica; o Dra. Mafalda Reis Príncipe, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora; a Dra. Vanessa Santiago, Terapeuta Ocupacional e a Dra. Ágata Oliveira, Assistente social. Esta equipa intervém numa perspetiva multidisciplinar trabalhando em colaboração com professores de Música, Teatro, Inglês, Artes Manuais, Biodanza, Hidroginástica e uma Psicóloga, que dinamiza a atividade de Sexualidade. Acolhe também estagiários curriculares (e.g. Reabilitação Psicomotora, Terapia Ocupacional e Apoio Psicossocial).

O programa de atividades do FSO 2018/2019 foi composto pelas atividades de Psicomotricidade, Inglês, Atividades da Vida Diária, Desenvolvimento Pessoal, Biodanza, Sexualidade e a Saúde Mental, Competências Sociais, Teatro, Expressão Musical, Estimulação Cognitiva, Artes Decorativas, Hidroginástica, Flash ARIA e Relaxação. No horário, existe ainda espaço para uma reunião de grupo, entre utentes e equipa técnica, na qual os utentes recebem as informações relativamente ao funcionamento e atividades do fórum, expressam as suas opiniões sobre as mesmas e adotam um papel ativo nas decisões que são necessárias tomar. A estagiária participou regularmente nestas reuniões.

Tabela 1 - Horário de atividades FSO 2018/2019

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	
Manhã	Psicomotricidade (9h30-11h)	AVD's (10h-11h)	Sexualidade e Saúde Mental (9h30-11h)	Expressão Musical (9h30-11h)	Hidroginástica (9h45-11h30)	
	Reunião de Grupo (11h30-12h30)	Desenvolvimento Pessoal (11h30-12h30)	Competências Sociais (11h30-12h30)	Estimulação Cognitiva (11h30- 12h30)		
ALMOÇO						
Tarde	Inglês (14h30-16h)	Biodanza (14h30-16h)	Teatro (14h30-16h30)	Artes Decorativas (14h30- 16h30)	FLASH ARIA (14h-16h)	Relaxação (14h30- 16h)
Atendimentos/utilização livre						

4.3. O papel do psicomotricista na ARIA

A ARIA conta atualmente com a colaboração de 8 técnicos de Psicomotricidade. Os mesmos estão distribuídos pelos FSO (Lisboa, Oeiras e Cascais), FAS, RTA, EAD e Equipa do Incomum.

Nos FSO e FAS, os psicomotricistas fazem parte das equipas multidisciplinares e assumem a função de técnicos de referência/gestores de caso, no âmbito da

metodologia de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, o desenvolvimento e implementação de atividades de grupo de Psicomotricidade (no FAS também em contexto de meio aquático) e Relaxação. Atendendo ao perfil técnico de competências, os psicomotricistas na ARIA têm vindo a assumir também o desenvolvimento e implementação das atividades de Competências Sociais, Estimulação Cognitiva, Gestão do Stress, atividades expressivas como dança e artes plásticas. Estes profissionais assumem ainda o acolhimento e orientação de estágios curriculares.

Nas RTA's e EAD, os Psicomotricistas estão divididos entre a categoria de monitores e Técnicos de Reabilitação Psicossocial. Enquanto monitores assumem a função de acompanhamento de AVD's, desenvolvimento e implementação de atividades de grupo de carácter sociorrecreativo. Enquanto Técnicos de Reabilitação Psicossocial assumem funções de carácter técnico da área da reabilitação psicomotora integrados numa equipa multidisciplinar.

No projeto Incomum, o Técnico de Psicomotricidade assume a função de técnico de referência/gestor de caso no âmbito da metodologia de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, aplicada à Pedopsiquiatria, com crianças e jovens.

Recentemente, foi criado um grupo de trabalho de Psicomotricidade, que surgiu devido ao número elevado de colaboradores com esta formação. Desta forma o objetivo deste grupo de trabalho é a divulgação e clarificação do papel do psicomotricista na ARIA, a metodologia utilizada e o perfil de competências, junto das equipas técnicas da instituição, assim como a partilha de experiências e de ideias entre colegas com a mesma formação.

II. Realização da Prática Profissional

1. Organização do estágio

O presente estágio teve início a 8 de outubro de 2018 e término a 31 de maio de 2019, tendo uma duração aproximada de 8 meses. As duas primeiras semanas serviram apenas de observação: a primeira, de 8 a 12 de outubro, no FSO de Lisboa, e a segunda, de 15 a 19 de outubro, no FAS. Estas tiveram como objetivo perceber a dinâmica de cada fórum e o que os distinguiu. Posteriormente a estas primeiras semanas, iniciou-se a fase de observação no FSO, em que a estagiária realizou observação participada em todas as atividades desenvolvidas e acompanhou os utentes para as atividades a decorrer noutros espaços fora do fórum, como a hidroginástica e a biodanza a decorrer no Complexo da Piscina do Alvito. Uma vez que após esta fase de observação começaram os preparativos das festividades do natal decidiu-se que seria mais oportuno a estagiária iniciar a intervenção após a pausa das atividades para o natal.

Ao iniciar o período de intervenção propriamente dito, estipulou-se o horário de estágio, juntamente com o orientador Diogo Lima, apresentado na Tabela 2. O horário de estágio era flexível, tendo por base o programa de atividades 2018/2019 (Tabela 1), que estava sujeito a alterações, conforme as atividades planeadas para cada semana.

Tabela 2 - Horário de estágio

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Manhã	Psicomotricidade (9h30-11h)	Gestão de Estágio	Gestão de Estágio	Reunião de equipa (9h-11h30)	Hidroginástica (9h45-11h30)
	Reunião de Grupo (11h30-12h30)		Competências Socioemocionais (11h30-12h30)	Acompanhamento Individual I (11h30-12h30)	
ALMOÇO					
Tarde		Acompanhamento Individual II (14h30-15h30)		Artes Decorativas (14h30-16-30)	

A estagiária ficou responsável pela dinamização das atividades de Psicomotricidade e de Competências Socioemocionais e ainda por dois acompanhamentos individuais. Para além destas atividades, a estagiária participava nas atividades de Artes, Biodanza, nas reuniões de grupo e de equipa, acompanhava os utentes à atividade de Hidroginástica e às atividades/eventos que decorriam no

exterior. No horário do estágio existiu também um tempo de gestão do estágio, que tinha como objetivo o planeamento e preparação das sessões, assim como o material necessário para cada uma.

A estagiária, nas atividades sob sua responsabilidade, começou por realizar uma avaliação inicial dos grupos alvo de intervenção, seguida do plano de intervenção, o plano e o registo de cada sessão e, por fim, a avaliação final.

É importante referir que as atividades de grupo mencionadas são sessões abertas, pelo que o número de participantes é variável de sessão para sessão.

2. Psicomotricidade

A atividade de Psicomotricidade, no FSO era realizada pela Psicomotricista Mafalda Reis Príncipe. No entanto, devido à ausência da Mafalda, durante o período de abril de 2018 a fevereiro de 2019, o psicomotricista Diogo Lima assumiu este cargo. Esta atividade tem como principais objetivos o desenvolvimento das componentes psicomotoras, sociais e afetivas, através de atividades lúdicas, de forma a promover a vivência e a reflexão do que foi experienciado através do corpo e do movimento.

Neste capítulo serão expostos todos os conteúdos relativos à atividade de psicomotricidade, tais como o contexto da intervenção, caracterização do grupo de intervenção, instrumentos de avaliação, resultados da avaliação inicial, plano de intervenção, apresentação das sessões e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados.

2.1. Contexto de intervenção

As sessões de Psicomotricidade decorreram no Pavilhão Desportivo da Ajuda. Para se deslocarem até lá, os utentes necessitavam de utilizar os transportes públicos, uma vez que era distante do FSO. Este pavilhão era dividido num espaço maior (campo de futsal) e em dois mais pequenos, destinados à prática de voleibol, sendo que a sessão de psicomotricidade ocupava um destes campos mais pequenos (figura 3). No entanto, esta divisão dos campos era feita por um lençol e mesmo os campos mais pequenos tinham um tamanho relativamente grande. Assim, a estagiária optava por limitar ainda mais o espaço utilizando alguns materiais (por exemplo, cones ou mesmo as linhas coloridas no campo). Este era



Figura 3 - Espaço utilizado para as sessões de Psicomotricidade, no Pavilhão Desportivo da Ajuda

também um espaço bastante frio, especialmente durante o inverno, sendo este um fator de falta de adesão e de desmotivação dos utentes para a sessão. O espaço não fornecia material, pelo que o material utilizado nas sessões foi trazido do FSO ou construído pela estagiária.

No início da intervenção foi pedido aos utentes que, para as sessões de psicomotricidade, utilizassem ténis e roupa confortável. No entanto, isso nem sempre se verificou.

A intervenção foi dinamizada em grupo, sendo o número de indivíduos por sessão influenciado por diversos fatores externos.

2.2. Caracterização do grupo de intervenção

Como já mencionado em cima, o grupo que participou nas sessões de Psicomotricidade, caracterizou-se por ser um grupo aberto e com diversas variações na sua constituição, em que o número de participantes, como os próprios indivíduos, variava de sessão para sessão. Como tal, existiram elementos que participaram na maioria das sessões e outros que participaram apenas em algumas. Isto deve-se às constantes entradas e saídas de utentes do FSO ou até à falta de assiduidade dos utentes. Por este motivo, no final da intervenção, foi feita uma seleção de um grupo restrito de utentes, que foi alvo dos dois momentos de avaliação, de forma a possibilitar uma análise de resultados mais fidedigna.

No total participaram 29 indivíduos na atividade de Psicomotricidade, 13 do género feminino e 16 do género masculino. A dimensão do grupo nas sessões variou entre 9 e 21 elementos, conforme se verifica pelo gráfico a seguir apresentado, sendo a média de utentes por sessão de 13.

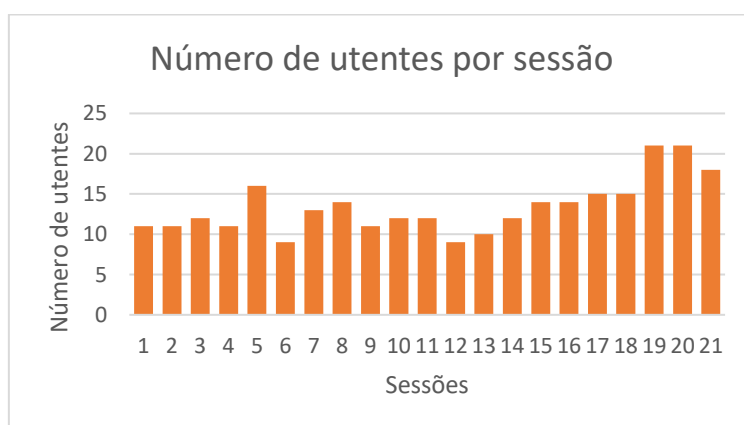


Gráfico 1 - Número de utentes presentes em cada sessão de Psicomotricidade

Ao analisar o gráfico 1, é possível verificar que o número de utentes ao longo das sessões foi aumentando, o que pode indicar uma maior adesão dos utentes ao

longo da intervenção. Contudo, ao observar o gráfico 2, verifica-se que apenas 2 utentes estiveram presentes em todas as sessões realizadas, como é possível verificar no gráfico apresentado a seguir. Em média cada utente participou em 10 sessões.

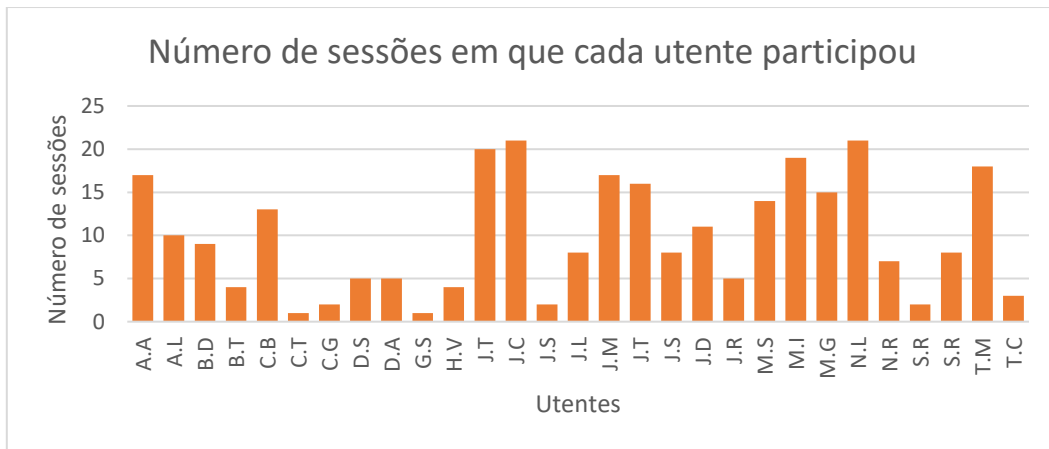


Gráfico 2 - Número de sessões de Psicomotricidade em que cada utente participou

Por esse motivo, foram selecionados apenas 15 indivíduos para a avaliação, sendo 9 do género feminino e 6 do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos. De seguida, são apresentados os conteúdos relativos à avaliação da atividade de Psicomotricidade.

2.3. Instrumentos de Avaliação

No âmbito da intervenção psicomotora na ARIA, em colaboração com os orientadores de estágio e com a restante equipa técnica, de modo a ir de encontro aos objetivos deste estágio, foi selecionado como instrumento de avaliação a Grelha de Observação Comportamental. Este instrumento foi aplicado tanto na avaliação inicial, como na avaliação final, de forma a ser possível analisar se se verificaram alterações nos resultados, assim como os efeitos e a eficácia da intervenção. Este foi preenchido pela estagiária, com o apoio dos orientadores.

Grelha de Observação Comportamental (Duarte et al., 2015; adaptado por Pinheiro, 2017)

A Grelha de Observação Comportamental (GOC) tem como principal objetivo organizar as observações dos comportamentos dos sujeitos durante a sessão. Este instrumento foi, posteriormente, adaptado para a população com diagnóstico de perturbação psiquiátrica por Pinheiro (2017). A GOC encontra-se dividida em três domínios: (1) Comportamento e desempenho; (2) Relação; e (3) Componentes psicomotoras. Cada item deve ser cotado, de acordo com uma escala de frequência do comportamento observado, sendo que 1 = Nunca/Quase Nunca; 2 = Poucas Vezes; 3 = Muitas Vezes;

e 4 = Sempre/Quase Sempre. Para além desta cotação quantitativa, para cada um dos itens, é possível registar uma observação qualitativa. Este instrumento é preenchido pelos técnicos (Pinheiro, 2017).

2.4. Resultados da Avaliação Inicial

De seguida, apresentam-se os resultados do instrumento GOC, que esteve na base dos objetivos estipulados para a intervenção. Os resultados foram inseridos em *Excel* para a posterior análise destes e para a elaboração dos gráficos de barras que ilustram os mesmos.

Grelha de Observação Comportamental (GOC)

São apresentados os gráficos relativos aos resultados da avaliação inicial da GOC que, uma vez que é um instrumento extenso, estes são apresentados por categorias, nomeadamente: comportamento e desempenho na sessão, comunicação verbal e não verbal, características gerais na relação, relação com o terapeuta, relação com os pares e componentes psicomotoras.

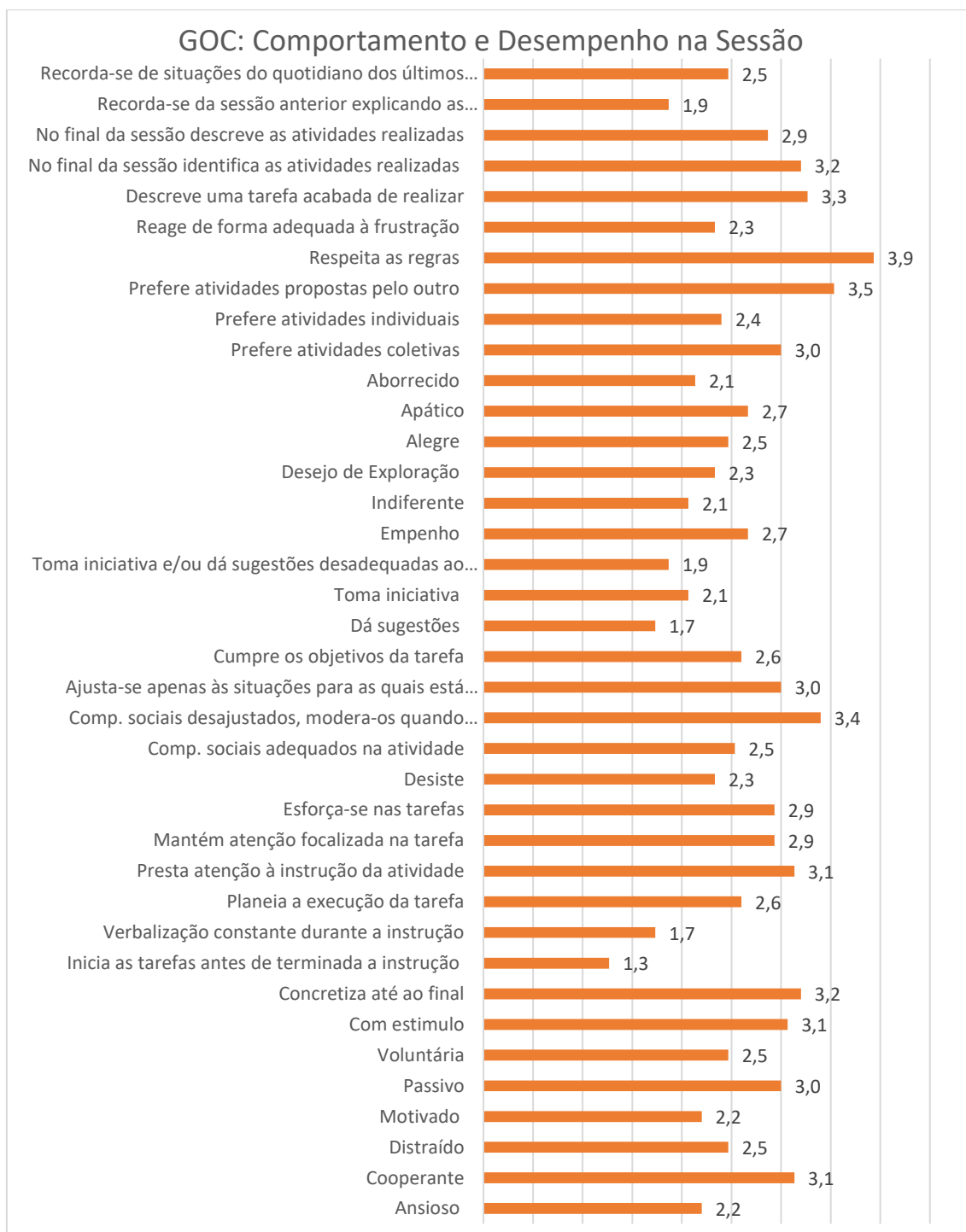


Gráfico 3 – Médias dos itens do instrumento GOC, relativos ao Comportamento e Desempenho na sessão, obtidos na avaliação inicial

De acordo com o gráfico 3, o grupo apresentou na maioria das vezes uma postura cooperante, mas passiva perante as tarefas, com valores médios de 3,1 e 3,0, respetivamente.

Relativamente à participação na tarefa, o grupo mostrou adesão, concretizando as tarefas até ao final, no entanto, foi necessário incentivo para a realização destas. O

grupo não mostrou ser impulsivo, uma vez que, não iniciou as tarefas antes de terminada a instrução ($\bar{x} = 1,3$) e não verbalizou constantemente durante a instrução ($\bar{x} = 1,7$). No entanto, o planeamento das tarefas também apresentou um valor médio relativamente baixo, de 2,6. Na maioria das vezes, o grupo prestou atenção à instrução e manteve a atenção focalizada na tarefa, com valores médios de 3,1 e 2,9. Foi possível observar que os utentes se esforçaram nas tarefas ($\bar{x} = 2,9$), no entanto, também desistiam com facilidade ($\bar{x} = 2,3$).

No que se refere ao ajustamento à tarefa, o grupo apresentou alguns comportamentos sociais desadequados ao longo da sessão, mas moderou-os quando chamados à atenção ($\bar{x} = 3,4$), apresentou também um valor médio relativamente elevado, de 3, para o item “Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado”. Apresentou ainda um valor médio pouco elevado, para o cumprimento dos objetivos da tarefa, de 2,6.

Relativamente à Iniciativa e Sugestões, o grupo mostrou ter pouca iniciativa e deu poucas sugestões, com um valor médio de 2,1 e 1,7, respetivamente.

Na Atitude face às tarefas, o grupo revelou empenho nas tarefas ($\bar{x} = 2,7$), mostrou-se mais apático e preferiu atividades coletivas e propostas pelo outro, com um valor médio de 2,7, 3,0 e 3,5, respetivamente.

Os utentes mostraram respeitar, quase sempre, as regras, com um valor médio de 3,9. No entanto, o item “Reage de forma adequada à frustração”, não apresenta um valor médio tão elevado ($\bar{x} = 2,3$).

Relativamente aos itens de Memória, o grupo mostra ter uma melhor memória de trabalho do que memória a longo prazo. Na memória de trabalho verificou-se que o grupo não apresentou dificuldade em recordar-se das tarefas acabadas de realizar e em identificar e recordar as atividades realizadas no final da sessão. No entanto, apresentou alguma dificuldade na descrição destas no final da sessão. Na “Memória a Longo Prazo” já se verificou uma dificuldade maior em recordarem tarefas do quotidiano dos últimos dias ($\bar{x} = 2,5$) e em recordarem as atividades realizadas na sessão anterior ($\bar{x} = 1,9$).

Resumindo, verificou-se que as áreas a trabalhar eram a postura passiva na tarefa, iniciativa e a memória a longo prazo. Quanto às áreas fortes eram a postura cooperante perante a tarefa, a atenção e o respeito pelas regras.

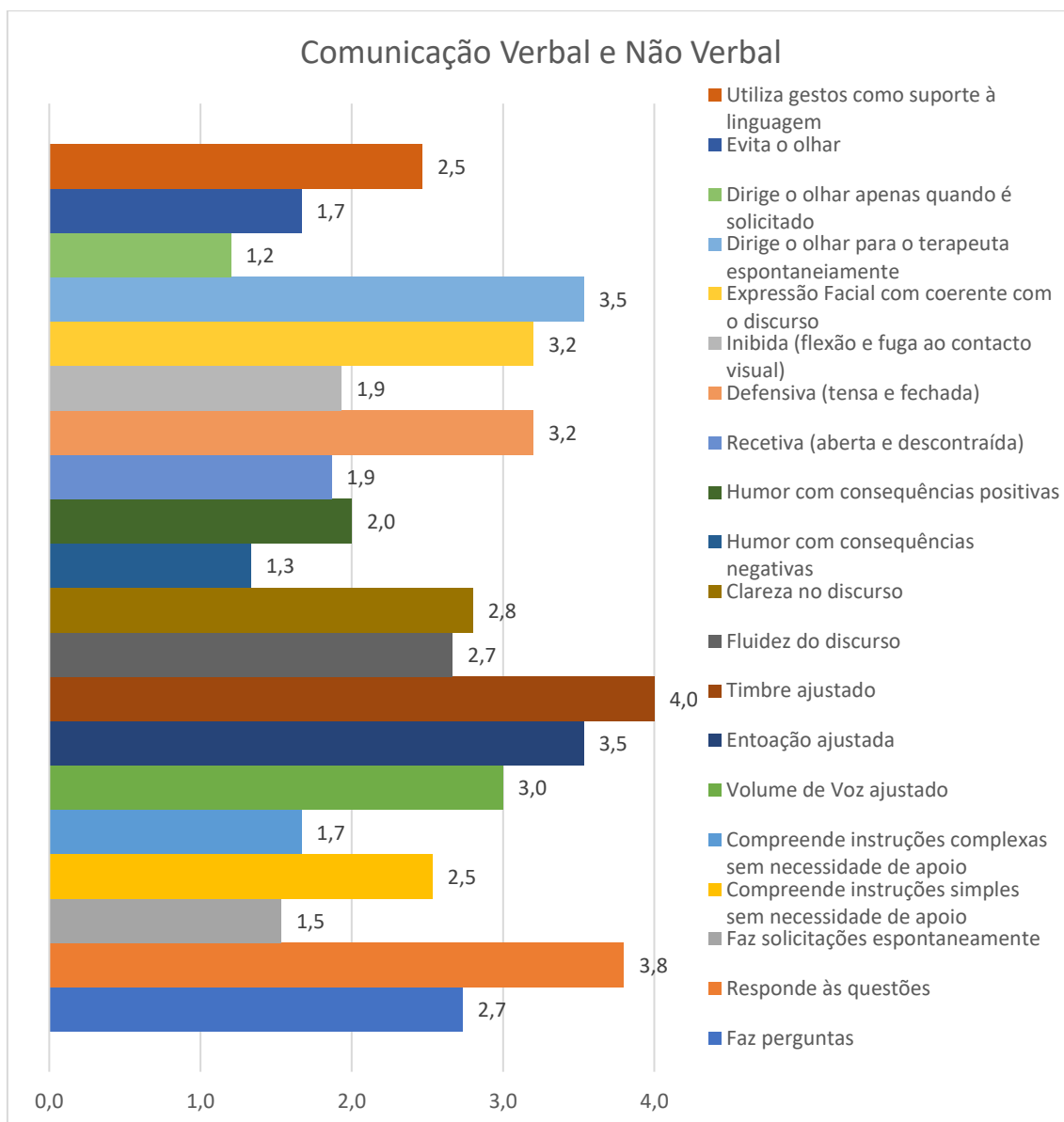


Gráfico 4 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Comunicação verbal e não verbal, obtidos na avaliação inicial

No que se refere à Comunicação verbal e não verbal, ao observar o gráfico 4, o grupo apresentou dificuldades na realização de solicitações de forma espontânea, e na colocação de perguntas, com uma cotação de 1,5 e 2,7, respetivamente. No entanto, respondeu, quase sempre, às questões, com uma cotação de 3,8.

Relativamente à Compreensão, o grupo mostrou bastante dificuldade na compreensão de instruções complexas, sem necessidade de apoio ($\bar{x} = 1,7$). Tendo sido importante a utilização de instruções claras e sucintas nas sessões de psicomotricidade. Nas Componentes Paralinguísticas, o grupo revelou apresentar um volume de voz, entoação e timbre ajustados, com uma cotação de 3, 3,5 e 4, respetivamente. No

entanto, apresentou uma fluidez e clareza no discurso com valores mais baixos, de 2,7 e 2,8, respetivamente. O grupo mostrou manifestar pouco humor na sua comunicação. Apresentou uma postura mais defensiva ($\bar{x}= 3,2$), comparativamente a uma postura recetiva ou inibida (ambas com uma cotação de 1,9), apresentando também uma expressão facial correspondente com o discurso. Relativamente ao olhar, os utentes mostraram dirigir, espontaneamente, o olhar para o terapeuta, sem ser necessário o solicitar. Mostraram ainda utilizar poucos gestos como suporte à linguagem.

Em síntese, verificou-se que as áreas a trabalhar eram a postura defensiva, compreensão de instruções complexas sem a necessidade de apoio e a capacidade de fazer solicitações de forma espontânea. Quanto às áreas fortes, eram a expressão facial coerente com o discurso, volume de voz, entoação, timbre, dirigir o olhar para o terapeuta espontaneamente e responder às questões.

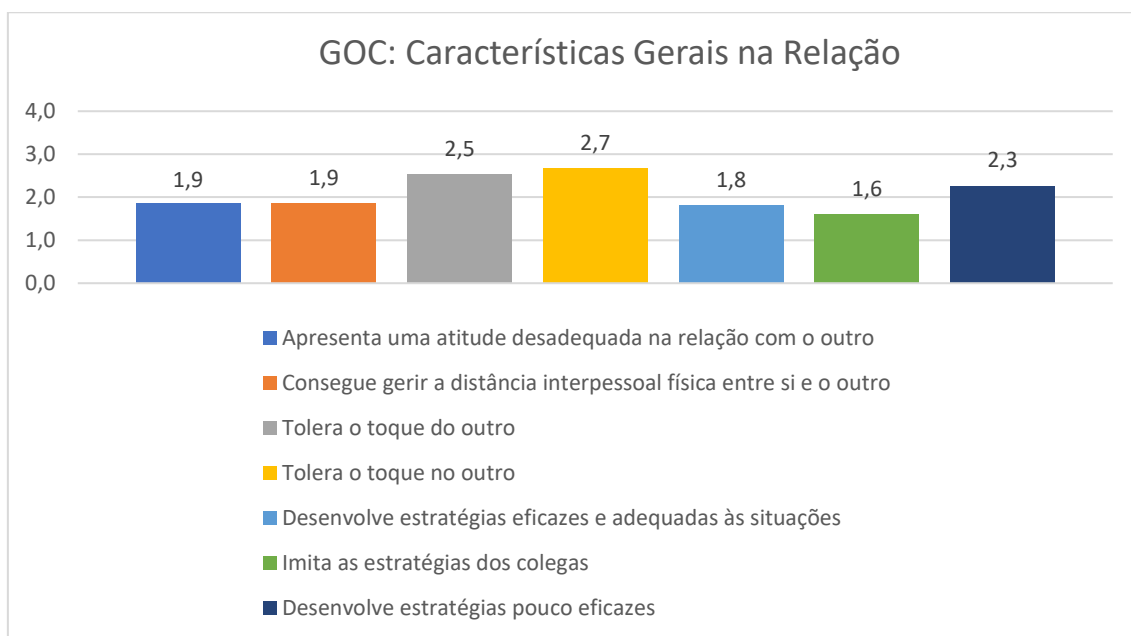


Gráfico 5 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos às Características gerais na relação, obtidos na avaliação inicial

Ao observar o gráfico 5, verificou-se que o grupo não apresentou uma atitude desadequada na relação com os outros, com uma cotação média de 1,9, tal como a gestão da distância física entre si e o outro. A tolerância do toque no outro e do outro consideraram-se áreas intermédias, com cotações médias de 2,5 e 2,7, respetivamente. Em relação às Estratégias de resolução de problemas, considerou-se o desenvolvimento de estratégias adequadas e eficazes uma área intermédia, com uma cotação de 2,8, tendo o item de desenvolvimento de estratégias pouco eficazes uma cotação de 2,3 e a imitação de estratégias uma cotação de 1,6.

Resumindo, verificou-se que a área a trabalhar era a gestão da distância interpessoal física entre si e o outro, não se considerando nenhuma das restantes uma área forte.

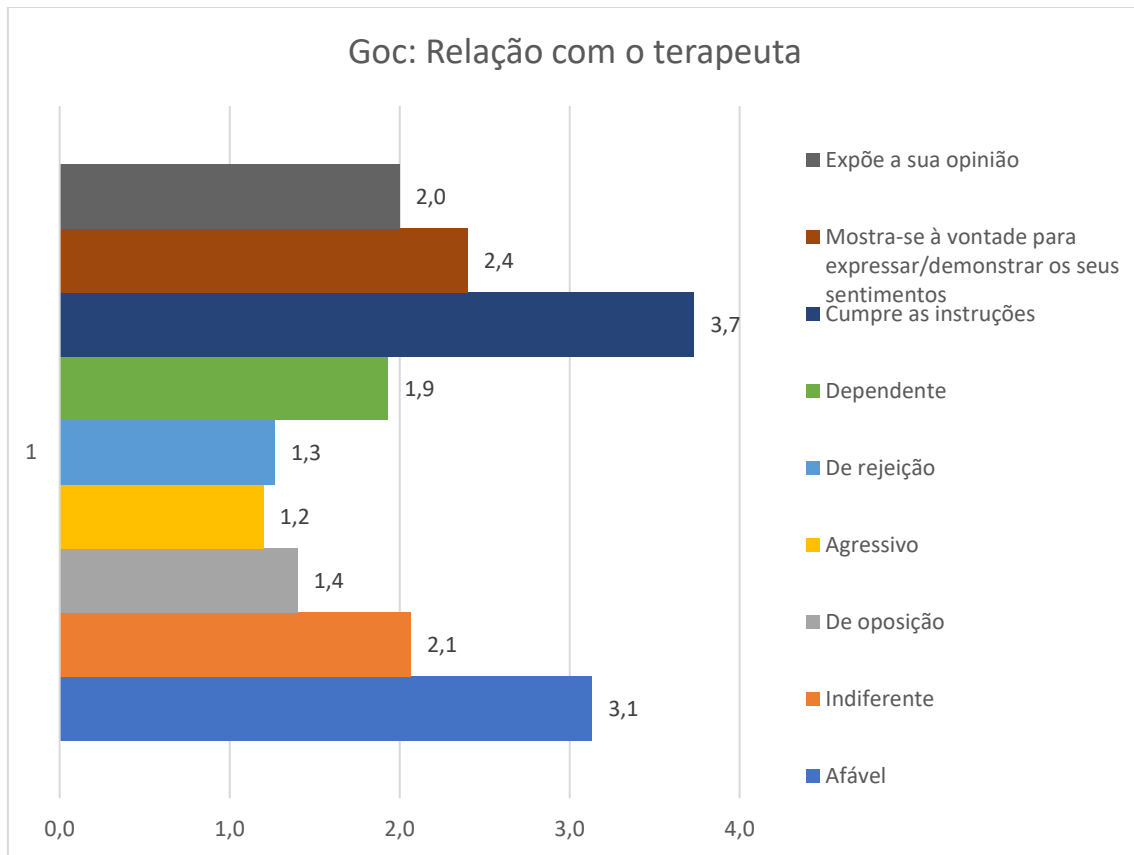


Gráfico 6 – Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Relação com o Terapeuta, obtidos na avaliação inicial

Relativamente à Relação com o terapeuta, nesta fase inicial, o grupo mostrou ter uma relação afável, com uma cotação de 3,1, comparativamente a uma relação indiferente, de oposição, agressiva, de rejeição ou dependente, tendo sido as cotações médias destes itens abaixo de 2,1. Os utentes cumpriram quase sempre as instruções do terapeuta, tendo este item uma cotação de 3,7. O grupo mostrou não se sentir à vontade para expressar/demonstrar sentimentos e expor opiniões, apresentando uma cotação de 2,4 e 2, respetivamente.

Em síntese, verificou-se que a área a trabalhar era a expressão da opinião e as áreas fortes a relação afável com a terapeuta e o cumprimento das instruções.

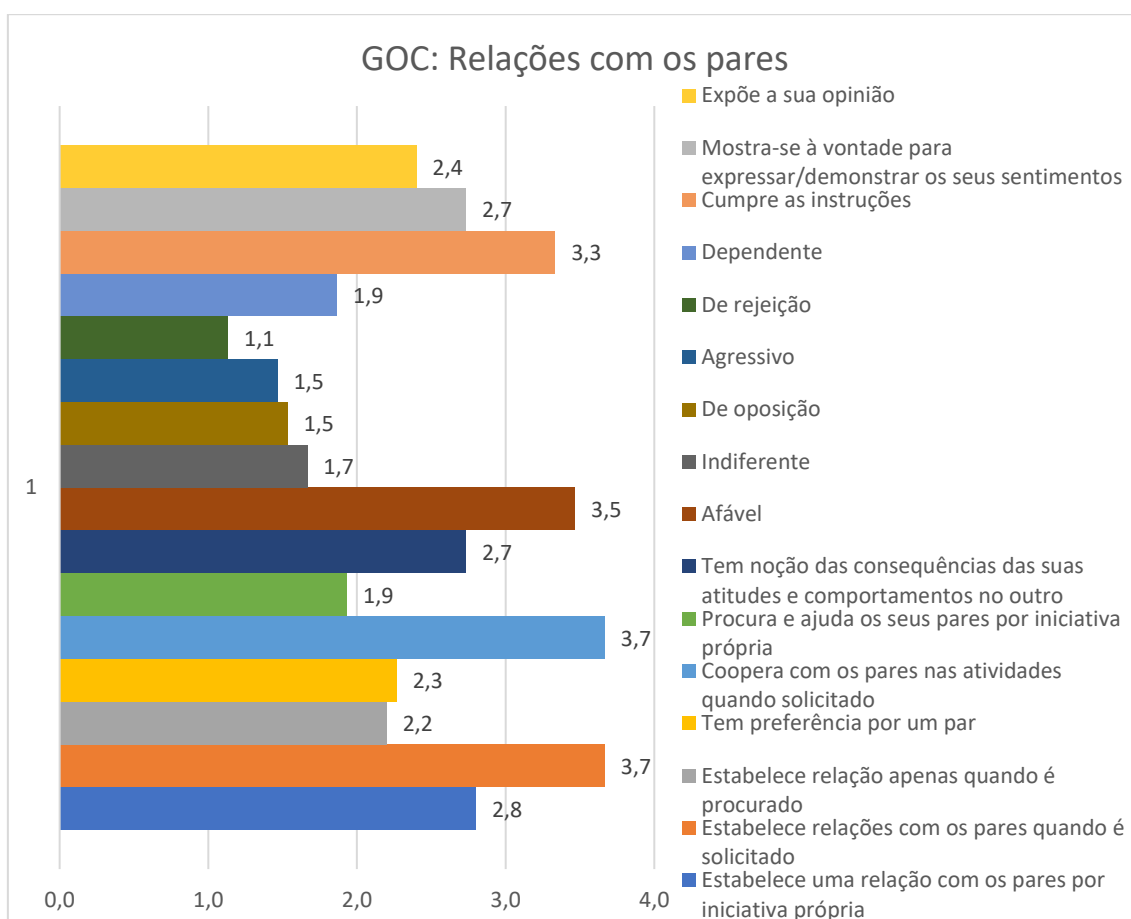


Gráfico 7 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos à Relação com os pares, obtidos na avaliação inicial

No que se refere à Relação com os Pares, os utentes mostraram que conseguiam estabelecer uma relação com os colegas, principalmente quando solicitado, com uma cotação de 3,7, e, no geral, não mostraram preferência por um par, com uma cotação de 2,3. Relativamente à Cooperação, o grupo mostrou-se cooperativo com os pares, quando solicitado e mostrou ter noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro, no entanto, verificou-se que os utentes não procuraram e ajudaram os seus pares por iniciativa própria. O grupo mostrou um tipo de relação muito mais afável, com uma cotação de 3,5, comparativamente a uma relação indiferente, de oposição, agressivo, de rejeição ou dependente, com valor médio de 1,7; 1,5; 1,5; 1,1 e 1,9, respetivamente. Verificou-se que os utentes cumpriram as instruções, mas não se sentiam à vontade para expressarem/demonstrarem os seus sentimentos e exporem a sua opinião.

Resumindo, verificou-se que a área a trabalhar era procurar e ajudar os pares por iniciativa própria. Quanto às áreas fortes eram o estabelecimento de relações com os pares, cooperação com os pares quando é solicitado, e o cumprimento de instruções.

GOC: Componentes Psicomotoras

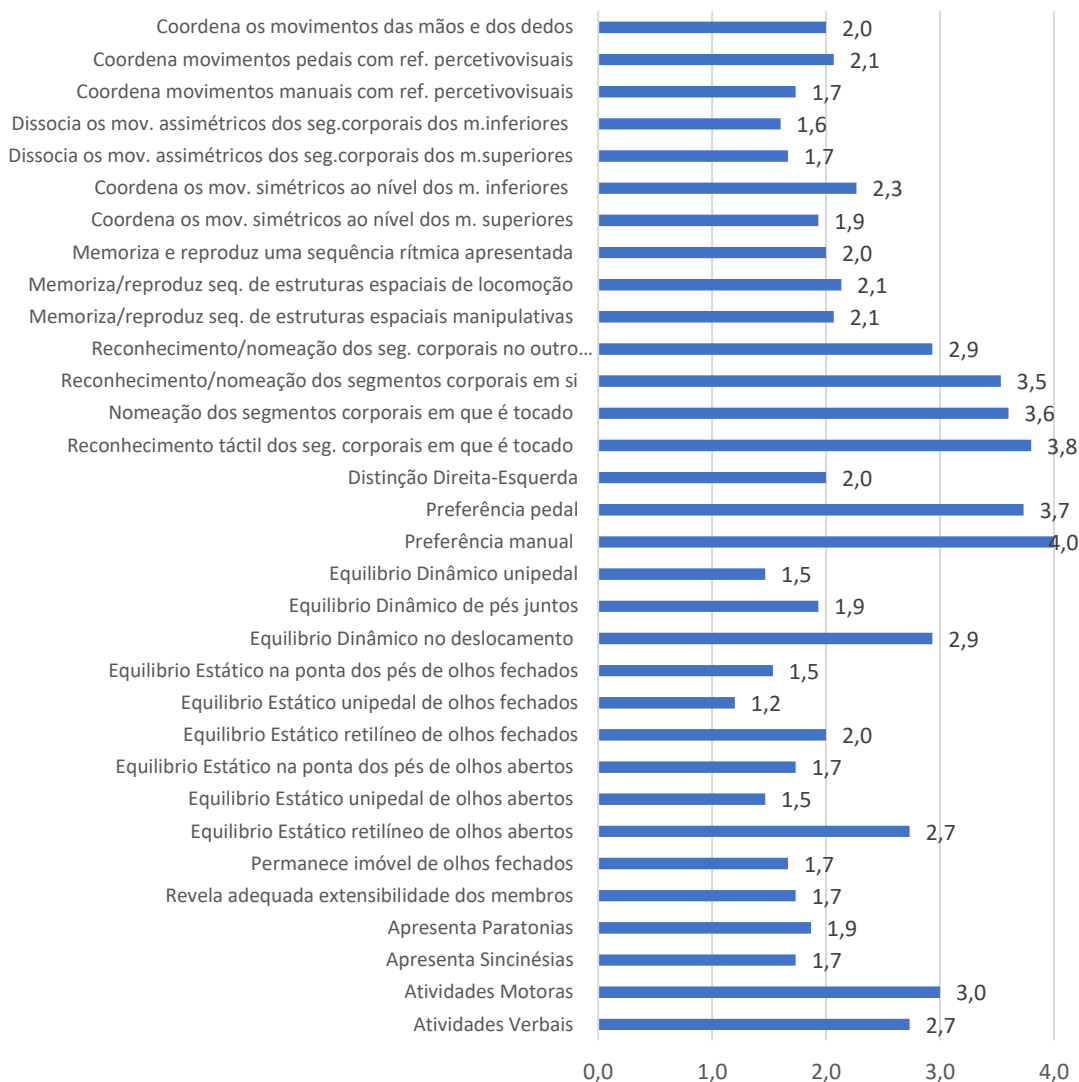


Gráfico 8 - Médias dos itens do instrumento GOC, relativos às Componentes Psicomotoras, obtidos na avaliação inicial

No que se refere às Componentes Psicomotoras, observou-se uma maior lentificação na resposta nas atividades motoras, comparativamente às atividades verbais, com uma cotação de 3 e 2,7, respetivamente. Na Tonicidade, observou-se que os utentes apresentaram uma cotação média das sincinésias e paratonias reduzida, revelaram também uma extensibilidade dos membros muito reduzida, com uma cotação de 1,7. O grupo apresentou muitas dificuldades ao nível do equilíbrio. Assim, a grande maioria dos utentes não conseguiu permanecer imóvel de olhos fechados, com um valor médio de 1,7. Relativamente ao equilíbrio estático, apresentaram mais dificuldades na realização da tarefa de olhos fechados, sendo o apoio unipedal a maior dificuldade, com

uma cotação 1,2, tendo sido esta também a maior dificuldade no equilíbrio dinâmico, com uma cotação de 1,5. Na Lateralidade, a preferência manual obteve uma cotação de 4 e a preferência pedal uma cotação de 3,7. No que se refere à Noção do Corpo, a Distinção direita-esquerda e o Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente) foi onde se observaram mais dificuldades, com cotações médias de 2 e 2,9, respetivamente. Nos itens Reconhecimento tátil dos segmentos corporais em que é tocado, Nomeação dos segmentos corporais em que é tocado e Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si apresentaram cotações acima de 3,5. A Estruturação Espaço-Temporal constituiu uma área a trabalhar, uma vez que todos os itens desta área apresentaram uma cotação média abaixo de 2,1. Por último, ao nível da Praxia Global e Fina esta foi também uma área a trabalhar, sendo que todos os itens obtiveram uma cotação média abaixo de 2,3.

Em síntese, verificou-se que as áreas a trabalhar eram a lentificação na resposta, especialmente nas atividades motoras, apresentação de sincinesias, extensibilidade dos membros, equilíbrio estático unipedal, na ponta dos pés, de olhos abertos e fechados, equilíbrio estático retilíneo de olhos fechados, equilíbrio dinâmico a pés juntos e unipedal, bem como todos os itens relativos à praxia global e fina, sendo 2,3 a cotação média mais elevada, correspondendo ao item da coordenação dos movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores. Relativamente às áreas fortes eram a preferência manual e pedal, reconhecimento tátil e nomeação dos segmentos corporais em que é tocado e o reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si.

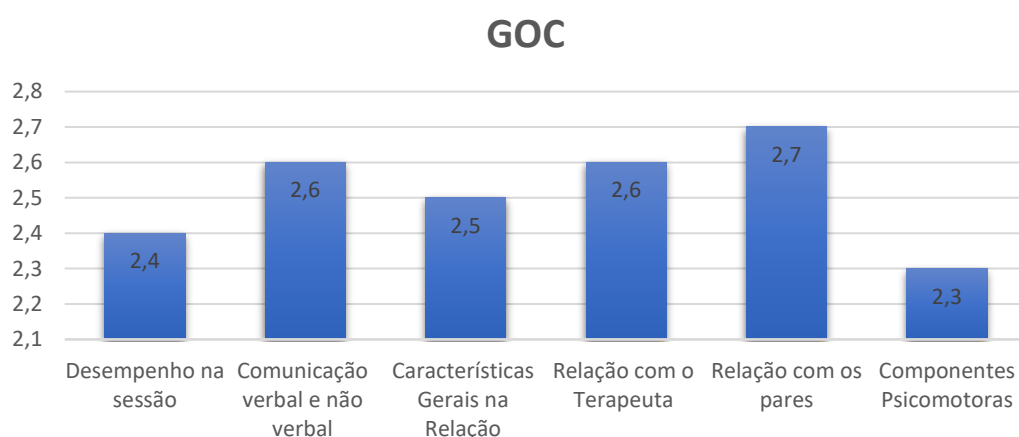


Gráfico 9 - Médias dos domínios do instrumento GOC, obtidos na avaliação inicial

Através do gráfico 9, que resume os gráficos anteriores, relativos à avaliação inicial, com a utilização da GOC, verificou-se que o Desempenho na sessão, Características gerais na relação e Componentes psicomotoras foram os domínios onde se observaram mais

dificuldades e, por outro lado, os domínios Relação com os pares, Relação com o terapeuta e Comunicação verbal e não verbal eram áreas fortes.

2.5. Plano de intervenção

Através da recolha de informação proveniente do instrumento de avaliação, dos objetivos da instituição e da orientação do Psicomotricista Diogo Lima e da Psicomotricista Mafalda Príncipe, de forma a orientar a intervenção, foram estipulados os objetivos apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3 - Objetivos de intervenção da atividade de Psicomotricidade

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Desenvolver o equilíbrio</i>	Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico: pés juntos, pontas dos pés, pé-ante-pé e apoio unipedal
<i>Promover a noção do corpo</i>	Promover a expressão corporal Promover a consciência corporal Promover a tolerância do toque do e no outro
<i>Desenvolver a estruturação espaciotemporal</i>	Trabalhar noções de referência espacial Desenvolver a capacidade de organização no espaço
<i>Trabalhar a praxia global</i>	Diminuir a lentificação motora Trabalhar a coordenação oculo-manual e a coordenação oculo-pedal
<i>Promover as relações sociais</i>	Trabalhar a relação interpessoal em grupo Trabalhar a capacidade de motivação e de cooperação em grupo Trabalhar a tolerância à frustração

Assim, as sessões de intervenção foram planeadas de forma a trabalhar os objetivos estabelecidos.

2.6. Sessões de Intervenção

A intervenção teve uma duração de 6 meses, excluindo as sessões destinadas apenas à observação. Assim, fez um total de 25 sessões previstas, das quais apenas 21 foram realizadas, tal como ilustra a Tabela 3. As restantes 4 sessões não ocorreram devido a visitas ao exterior.

Tabela 4 - Cronograma das Sessões de Psicomotricidade

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
29	5	3	7	4	5	2	7
	12	10	14	12	12	9	14
	19	18	21	19	19	16	21
	26	24	28	26	26	23	28
		31				30	
Treino de Mobilidade							
Período de observação							
Período de avaliação							
Sessão de intervenção da estagiária							
Não se realizou a sessão							

As sessões de Psicomotricidade tiveram uma duração de 90 minutos e eram realizadas 1 vez por semana. No entanto, estas incluíam também o tempo que os utentes despendiam no balneário, sobrando cerca de 70 minutos para a realização das atividades.

Todas as sessões seguiram uma estrutura idêntica. Estas iniciavam com um diálogo inicial, em que era feita uma breve revisão da sessão anterior, os utentes podiam partilhar algo com o grupo e a estagiária apresentava a sessão. Seguiu-se a primeira atividade, menos complexa, de forma a promover a iniciativa e a motivação para a sessão. Seguidamente, realizava-se a atividade principal da sessão, uma atividade mais complexa e de maior duração. No final de todas as sessões, havia um espaço para a realização de uma atividade de relaxação, de forma diminuir a atividade dos utentes e a deixa-los mais tranquilos. Por fim, realizava-se o diálogo final, onde era feita, em grupo, uma revisão da sessão, na qual os utentes partilhavam o que mais gostaram e o que menos gostaram, maiores dificuldades e onde se sentiram mais confortáveis e sugestões de atividades para as próximas sessões. Encontra-se em anexo exemplos de um plano de sessão e de um relatório da atividade de psicomotricidade (Anexo 2 e Anexo 3).

2.7. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação inicial, comparativamente com os da avaliação final, e ainda a discussão destes resultados.

Tabela 5 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos ao desempenho na sessão

GOC: DESEMPENHO NA SESSÃO

		<i>A.Inicial</i>	<i>A.Final</i>
<i>POSTURA PERANTE A TAREFA</i>	Ansioso	2,2	1,9
	Cooperante	3,1	3,6
	Distraído	2,5	1,9
	Motivado	2,2	2,6
	Passivo	3,0	2,5
<i>ADESÃO À TAREFA</i>	Voluntária	2,5	3,3
	Com estímulo	3,1	2,8
	Concretiza até ao final	3,2	3,6
<i>IMPULSIVIDADE</i>	Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	1,3	1,1
	Verbalização constante durante a instrução	1,7	1,6
	Planeia a execução da tarefa	2,1	2,7
<i>ATENÇÃO</i>	Presta atenção à instrução da atividade	3,1	3,5
	Mantém atenção focalizada na tarefa	2,9	3,3
<i>DESISTE DA TAREFA</i>	Esforça-se nas tarefas	2,9	3,3
<i>AJUSTAMENTO À TAREFA</i>	Desiste	2,3	1,7
	Comp. sociais adequados na atividade	2,5	3,5
	Comp. sociais desajustados, modera-os quando chamado à atenção	2,5	2,0
	Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	3,0	2,0
	Cumprir os objetivos da tarefa	2,6	3,3
<i>INICIATIVA E SUGESTÕES</i>	Dá sugestões	1,7	2,1
	Toma iniciativa	1,7	2,6
	Toma iniciativa e/ou dá sugestões desadequadas ao contexto	1,9	1,6
<i>MOTIVAÇÃO</i>	Empenho	2,7	3,2
	Indiferente	2,1	1,6
<i>PRAZER LÚDICO</i>	Desejo de Exploração	2,3	2,8
	Alegre	2,5	2,9
	Apático	2,7	2,1
	Aborrecido	2,1	1,6
	Prefere atividades coletivas	3,0	3,1
	Prefere atividades individuais	2,4	2,4
	Prefere atividades propostas pelo outro	3,5	3,5
<i>RESPEITO</i>	Respeita as regras	3,5	3,9
<i>TOLERANCIA À FRUSTRAÇÃO</i>	Reage de forma adequada à frustração	2,3	2,9
<i>MEMÓRIA DE TRABALHO</i>	Descreve uma tarefa acabada de realizar	2,6	3,3
	No final da sessão identifica as atividades realizadas	3,2	3,5
	No final da sessão descreve as atividades realizadas	2,9	3,1
<i>MEMÓRIA A LONGO PRAZO</i>	Recorda-se da sessão anterior explicando as atividades	1,9	2,1
	Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	2,5	2,6

No geral, verificaram-se melhorias na maioria dos itens, em especial ao nível da motivação, iniciativa e na adesão e ajustamento à tarefa.

Ao analisar os resultados da tabela 5, observou-se que na subcategoria “Postura perante a tarefa”, entre os dois momentos de avaliação, os valores médios da ansiedade, distração e passividade diminuíram e, por outro lado, o grupo mostrou-se mais cooperativo e motivado. A promoção da cooperação e da motivação foi um dos objetivos da intervenção. Na maioria das sessões eram utilizados jogos cooperativos e eram nestes que os utentes mais se envolviam e se mostravam mais motivados. Com isto, estes resultados corroboram a importância de utilizar jogos de cooperação nesta população, uma vez que estes estão associados a um aumento da motivação, tal como defendido por Weibel, Wissmath, Habegger, Steiner e Groner (2008), uma vez que a falta de motivação é característica nas perturbações psiquiátricas (APA, 2013; Pinho, et al., 2018). Na subcategoria “Adesão à tarefa” o grupo aumentou a participação de forma voluntária, e grande parte das vezes concretizou a tarefa até ao final, com uma cotação de 3,3 e 3,6, respetivamente. A adesão à tarefa com necessidade de estímulo diminuiu ligeiramente, de 3,1 para 2,8, no entanto, continuou elevada. No que diz respeito à “Impulsividade”, esta continuou com valores bastante baixos na avaliação final, no item de iniciar a tarefa antes de terminada a instrução verificou-se uma ligeira diminuição da cotação média de 1,3 para 1,1, o que se verificou também na verbalização constante durante a instrução, que diminuiu de 1,7 para 1,6. Por outro lado verificou-se uma melhoria no planeamento da execução da tarefa, que aumentou a cotação média de 2,1 para 2,7. Na Atenção observou-se também melhorias, tendo a atenção durante a instrução aumentado ligeiramente de 3,1 para 3,5 e a atenção focalizada na tarefa de 2,9 para 3,3. Ao longo da intervenção, o grupo diminuiu a tendência para desistir das tarefas e a esforçar-se mais nas mesmas, pelo que este item aumentou a cotação média de 2,9 para 3,3 e o item da desistência diminuiu de 2,3 para 1,7. No ajustamento à tarefa verificou-se que a cotação média dos itens relativos aos comportamentos sociais adequados durante a atividade e ao cumprimento dos objetivos desta aumentou. Contrariamente, os comportamentos sociais desajustados, moderados quando chamados à atenção, diminuíram, assim como o item “Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado”. Estes eram objetivos trabalhados na atividade de competências socioemocionais, também dinamizada pela estagiária. Relativamente à iniciativa, o item “Toma iniciativa” aumentou a cotação média de 1,7 para 2,6 e, por outro lado, o item “Toma iniciativa e/ou dá sugestões desadequadas ao contexto” diminuiu de 1,9 para 1,6. No que se refere à capacidade do grupo apresentar sugestões, verificou-

se um aumento de 1,7 para 2,1. Esta era trabalhada no final de todas as sessões, depois de, em grupo, se fazer a reflexão da sessão, a estagiária pedia que partilhassem sugestões para as próximas sessões e promovia a participação de todos. Ao longo da intervenção, o grupo mostrou-se mais empenhado e menos indiferente face à tarefa, com uma cotação de 3,2 e 1,6, respetivamente. Na subcategoria “Prazer lúdico”, o grupo apresentou um maior desejo de exploração e mais alegre, por outro lado, apresentou-se menos apático e aborrecido. Relativamente à preferência de atividades individuais ou atividades propostas pelos outros não apresentou alteração e a preferência de atividades coletivas aumentou ligeiramente, com uma variação de 0,1. No item relativo ao respeito pelas regras, observou-se um aumento da cotação média de 3,5 para 3,9. Bueno (2014) refere que a intervenção em grupo permite o estabelecimento espontâneo de regras e limites, muitas vezes impostas pelo próprio grupo. Também na tolerância à frustração se verificou uma melhoria, de 2,3 para 2,9, sendo este um dos objetivos da intervenção. Relativamente à subcategoria “Memória de trabalho”, observou-se uma melhoria na capacidade de descrever uma tarefa acabada de realizar e, no final da sessão, identificar e descrever as atividades realizadas. Por fim, na subcategoria “Memória a longo prazo”, também se observaram melhorias, nos itens “Recorda-se da sessão anterior, explicando as atividades” e “Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias”. Verificaram-se maiores variações nos itens correspondentes à memória de trabalho, comparativamente, aos itens da memória a longo prazo. Estas questões, tanto da memória de trabalho como a longo prazo, eram trabalhadas em todas as sessões, nas reflexões no final das atividades e no final das sessões. Assim, o item da adesão à tarefa, de forma voluntária, foi o que apresentou uma maior melhoria entre os dois momentos de avaliação, com uma diferença de 0,8. Estes resultados parecem comprovar que a intervenção em grupo, para além de se tornar mais dinâmica, apresenta variados benefícios tanto para o grupo como para cada individuo (Aragón, 2007).

Tabela 6 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à comunicação verbal e não-verbal

COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

		<i>A.Inicial</i>	<i>A.Final</i>
COMUNICAÇÃO VERBAL	Faz perguntas	2,7	2,9
	Responde às questões	3,8	3,9
	Faz solicitações espontaneamente	1,5	1,9
COMPREENSÃO	Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	2,5	2,9

	Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	1,7	2,1
<i>COMPONENTES PARALINGUÍSTICAS</i>	Volume de Voz ajustado	3,0	3,1
	Entoação ajustada	3,5	3,5
	Timbre ajustado	4,0	4,0
	Fluidez do discurso	2,7	2,8
	Clareza no discurso	2,8	2,9
<i>MANIFESTA HUMOR</i>	Humor com consequências negativas	1,3	1,3
	Humor com consequências positivas	2,0	2,1
<i>POSTURA</i>	Recetiva (aberta e descontrainda)	1,9	2,7
	Defensiva (tensa e fechada)	3,2	2,5
	Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1,9	1,5
<i>EXPRESSÃO FACIAL</i>	Expressão Facial com coerente com o discurso	3,2	3,3
<i>OLHAR</i>	Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	3,5	3,8
	Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1,2	1,1
	Evita o olhar	1,7	1,3
<i>GESTUALIDADE</i>	Utiliza gestos como suporte à linguagem	2,5	2,5

Na generalidade, verificaram-se ligeiras melhorias na maioria dos itens, destacando-se os subdomínios da compreensão e da postura.

Através da tabela 6, observou-se algumas melhorias relativas à categoria de Comunicação verbal e não-verbal. No que diz respeito à comunicação verbal, verificou-se melhorias nos itens “Faz perguntas”, “Responde às perguntas” e “Faz solicitações espontaneamente”, apesar das variações terem sido mínimas. Estes resultados podem relacionar-se com o facto de o grupo ter também melhorado a iniciativa e a partilha de sugestões, apresentando uma participação mais ativa nas sessões. Relativamente à subdomínio Compreensão, observou-se que os utentes compreendem melhor as instruções, simples e complexas, sem necessidade de apoio, com uma cotação média de 2,9 e 2,1, respetivamente. Nas “Componentes paralinguísticas” verificaram-se poucas alterações. A entoação e o timbre não apresentaram alterações, por outro lado, o volume, a fluidez e a clareza do discurso apresentaram melhorias, no entanto, foram apenas com uma variação de 0,1 na cotação média. No que se refere à Comunicação Não Verbal verificaram-se melhorias na “Postura”, sendo que a postura recetiva aumentou de 1,9 para 2,7, enquanto a postura defensiva e a postura inibida diminuíram de 3,2 para 2,5 e de 1,9 para 1,5, respetivamente. Também na “Expressão Facial” se verificou uma melhoria, no entanto, foi um aumento muito ligeiro de 3,2 para 3,3. No “Olhar”, o item relativo ao olhar para o terapeuta, de forma espontânea, subiu ligeiramente de 3,5 para 3,8, por outro lado, o item de olhar apenas quando solicitado

apresentou uma descida ligeira de 1,2 para 1,1, e o item “Evita o olhar” apresentou também uma descida de 1,7 para 1,3. Por fim, relativamente à “Gestualidade”, a utilização de gestos como suporte à linguagem manteve a cotação, entre os dois momentos de avaliação, de 2,5. Verificou-se que os itens que apresentaram uma maior melhoria entre os dois momentos de avaliação, foi na “Postura”, em que os utentes se mostraram mais recetivos e com uma postura menos defensiva.

No final de cada atividade e no final da sessão era realizada uma reflexão em grupo, em que os utentes partilhavam com o grupo as dificuldades, o que mais gostaram ou sugestões para melhorar. Neste momento a estagiária promovia a participação de todos para que se expressassem e comunicassem em grupo. Relativamente à comunicação não-verbal, estes resultados podem estar associados à utilização de técnicas expressivas em algumas sessões. Estas têm por base o movimento, recorrem essencialmente à comunicação não-verbal e promovem a expressão corporal (Malchiodi, 2005; Martinho, 2018). Assim, estes resultados parecem confirmar os benefícios da psicomotricidade na promoção da comunicação verbal e não verbal, uma vez que, tal como Boscaini (2003) refere, a psicomotricidade estabelece uma ponte entre a linguagem verbal e não verbal, permitindo a expressão no e com o corpo e, assim, a promoção do desenvolvimento da comunicação não verbal.

Tabela 7 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos às características gerais da relação

GOC: CARACTERÍSTICAS GERAIS DA RELAÇÃO

	<i>A.Inicial</i>	<i>A.Final</i>
<i>Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro</i>	1,9	1,5
<i>Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro</i>	1,9	2,3
<i>Tolera o toque do outro</i>	2,5	2,5
<i>Tolera o toque no outro</i>	2,7	2,7
<i>Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações</i>	1,8	2,0
<i>Imita as estratégias dos colegas</i>	1,6	1,4
<i>Desenvolve estratégias pouco eficazes</i>	2,3	1,7

No geral, verificaram-se melhorias na maioria dos itens, em especial ao nível da apresentação de uma postura adequada na relação com o outro.

Relativamente às Características Gerais da Relação, através da tabela 7, observou-se uma diminuição das atitudes desadequadas na relação com o outro, de 1,9 para 1,5. Verificou-se uma melhoria na capacidade de gerir a distância interpessoal, de 1,9 para 2,3. Os itens relativos à tolerância ao toque do outro e no outro mantiveram a cotação inicial de 2,5 e 2,7, respetivamente. O desenvolvimento de estratégias eficazes

e adequadas às situações apresentou uma melhoria de 1,8 para 2,0. Tal como referem Coelho e Palha (2006), as perturbações mentais, para além dos sintomas característicos de cada uma, encontram-se associadas a comprometimentos nas relações interpessoais. Assim, tal como se pode observar através das melhorias nas características gerais das relações, através da tabela 7, a psicomotricidade apresenta um papel importante na relação com o envolvimento e com os outros (Martins, 2001b; Vieira, 2009).

Tabela 8 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à relação com o terapeuta

GOC: RELAÇÃO COM O TERAPEUTA

		A.Inicial	A.Final
CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO	Afável	3,1	3,6
	Indiferente	2,1	1,3
	De oposição	1,4	1,2
	Agressivo	1,2	1,1
	De rejeição	1,3	1,1
	Dependente	1,9	1,7
INTRUÇÕES	Cumprir as instruções	3,7	3,8
GRAU DE CONFIANÇA	Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2,4	2,9
	Expõe a sua opinião	2,0	2,9

Em geral, verificaram-se melhorias na grande parte dos itens, em especial ao nível do grau de confiança com o terapeuta.

No que diz respeito à Relação com o terapeuta, esta continuou predominantemente afável, sendo que a cotação deste item aumentou de 3,1 para 3,6. Por outro lado, ao longo da intervenção o grupo mostrou uma relação menos indiferente, agressiva, dependente, de rejeição e de oposição, sendo que o que apresentou um maior decréscimo foi o item “indiferente”, que diminuiu de 2,1 para 1,3. O cumprimento das instruções, já bastante elevado na avaliação inicial, com uma cotação de 3,7, na avaliação final aumentou ligeiramente para 3,8. Por fim, também se verificou um aumento do Grau de confiança, sendo que a cotação média da expressão de sentimentos aumentou de 2,4 para 2,9 e a exposição da opinião de 2,0 para 2,9. Estes resultados mostraram uma melhoria na relação do utente com a estagiária. Tal como Christodolou (2006) mencionou, a relação entre o terapeuta e o indivíduo é crucial para o processo de intervenção, de forma a proporcionar um ambiente seguro e de confiança e, assim, promover a relação do indivíduo com os outros e com o mundo (Martins, 2001b).

Tabela 9 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à relação com os pares

GOC: RELAÇÃO COM OS PARES			
		<i>M.A.Inicial</i>	<i>M.A.Final</i>
CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO	Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	2,8	3,3
	Estabelece relações com os pares quando é solicitado	3,7	3,9
	Estabelece relação apenas quando é procurado	2,2	1,3
	Tem preferência por um par	2,3	1,8
COOPERAÇÃO	Coopera com os pares nas atividades quando solicitado	3,7	3,9
	Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	1,9	2,7
	Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro	2,7	2,9
TIPO DE RELAÇÃO	Afável	3,5	3,7
	Indiferente	1,7	1,3
	De oposição	1,5	1,4
	Agressivo	1,5	1,1
	De rejeição	1,1	1,1
	Dependente	1,9	1,5
INSTRUÇÕES	Cumpre as instruções	3,3	3,6
GRAU DE CONFIANÇA	Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2,7	3,1
	Expõe a sua opinião	2,4	3,1

Em geral verificaram-se melhorias na maioria dos itens, especialmente ao nível das características da relação e da cooperação entre o grupo.

Ao observar a tabela acima, foi possível perceber que, tal como a relação entre a técnica e os utentes, também a relação entre estes melhorou ao longo da intervenção. Verificou-se que o estabelecimento de relação com os pares por iniciativa própria aumentou a cotação média de 2,8 para 3,3 e que a grande maioria dos utentes estabeleceram relação com os pares quando solicitado, com uma cotação média de 3,9, na avaliação final. Por outro lado, o estabelecimento de uma relação apenas quando procurado passou de 2,2 para 1,3 e o item “Tem preferência por um par” diminuiu de 2,3 para 1,8. Estes resultados revelaram uma maior interação entre os utentes, que também se verificou na Cooperação entre eles, tendo o item “Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria” aumentado de 1,9 para 2,7. Relativamente ao Tipo de Relação, esta manteve-se maioritariamente afável, tendo sido o item com a cotação média mais alta, de 3,7. No cumprimento das instruções verificou-se um aumento da cotação média de 3,3 para 3,6. Por último, o Grau de Confiança também apresentou melhorias, na expressão e demonstração de sentimentos, que passou de 2,7 para 3,1,

e na exposição de opiniões, que passou de 2,4 para 3,1. Estes resultados parecem corroborar os benefícios da intervenção em grupo. Tal como Onofre (2003) refere, as dinâmicas em grupo fornecem um conjunto de situações e experiências muito diversificadas que permitem ajudar o indivíduo ao nível da socialização, comunicação, resolução de problemas, motivação, iniciativa e criatividade, trabalhando a relação com os outros, ao mesmo tempo que são trabalhados outros objetivos e competências. Deste modo, os objetivos de promoção das relações interpessoais, cooperação e ajuda foram cumpridos.

Tabela 10 - Resultados da avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos às componentes psicomotoras

GOC: COMPONENTES PSICOMOTORAS			
		<i>A.Inicial</i>	<i>A.Final</i>
<i>LENTIFICAÇÃO NA RESPOSTA</i>	Atividades Verbais	2,7	2,4
	Atividades Motoras	3,0	2,4
<i>TONICIDADE</i>	Apresenta Sincinesias	1,7	1,7
	Apresenta Paratonias	1,9	1,9
<i>EQUILIBRIO</i>	Revela adequada extensibilidade dos membros	1,7	1,8
	Permanece imóvel de olhos fechados	1,7	2,1
	Equilíbrio Estático retilíneo de olhos abertos	2,7	2,9
	Equilíbrio Estático unipedal de olhos abertos	1,5	1,7
	Equilíbrio Estático na ponta dos pés de olhos abertos	1,7	2,2
	Equilíbrio Estático retilíneo de olhos fechados	2,0	2,2
	Equilíbrio Estático unipedal de olhos fechados	1,2	1,3
	Equilíbrio Estático na ponta dos pés de olhos fechados	1,5	1,7
	Equilíbrio Dinâmico no deslocamento	2,9	3,3
	Equilíbrio Dinâmico de pés juntos	1,9	2,4
<i>LATERALIDADE</i>	Equilíbrio Dinâmico unipedal	1,5	1,7
	Preferência manual	4,0	4,0
<i>NOÇÃO DO CORPO</i>	Preferência pedal	3,7	3,7
	Distinção Direita-Esquerda	2,0	2,7
	Reconhecimento táctil dos segmentos corporais em que é tocado	3,8	3,9
	Nomeação dos segmentos corporais em que é tocado	3,6	3,7
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si	3,5	3,7
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)	2,9	2,9
<i>ESTRUTURAÇÃO ESPACIO TEMPORAL</i>	Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais manipulativas	2,1	2,2
	Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais de locomoção	2,1	2,3

PRAXIA GLOBAL E FINA	Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada	2,0	2,1
	Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores	1,9	2,4
	Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores	2,3	2,5
	Dissocia os movimentos assimétricos dos segmentos corporais dos membros superiores	1,7	1,7
	Dissocia os movimentos assimétricos dos segmentos corporais dos membros inferiores	1,6	1,8
	Coordena movimentos manuais com referências perceptivovisuais	1,7	1,8
	Coordena movimentos pedais com referências perceptivovisuais	2,1	2,4
	Coordena os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente	2,0	2,0

No geral, verificaram-se melhorias na grande parte dos itens, destacando-se a distinção da direita esquerda e a coordenação dos movimentos simétricos ao nível dos membros superiores.

Na categoria das Componentes Psicomotoras também se verificaram algumas melhorias. Na subcategoria da Lentificação na resposta verificou-se uma ligeira diminuição, sendo que a atividade motora obteve uma maior variação, de 3,0 para 2,4, comparativamente à atividade verbal. Diminuir a lentificação motora era um dos objetivos da intervenção e, apesar da diminuição entre os dois momentos de avaliação, esta continuou relativamente elevada. Isto pode estar associado à idade mais avançada de alguns utentes, uma vez que, para além da lentificação motora ser característica em indivíduos com esquizofrenia (Morrens, et al., 2007), com o avançar da idade a agilidade, destreza, velocidade e força diminuem, prejudicando a qualidade do movimento (Bueno, 2014). Na Tonicidade, não se verificaram alterações, apenas no item “Revela adequada extensibilidade dos membros” aumentou ligeiramente de 1,7 para 1,8. Relativamente ao Equilíbrio, verificaram-se melhorias em todos os itens relativos a esta subcategoria. Nesta subcategoria, os itens que evidenciaram mais melhorias foram o “Equilíbrio estático na ponta dos pés de olhos abertos”, que aumentou de 1,7 para 2,2, e o “Equilíbrio dinâmico a pés juntos”, que passou de 1,9 para 2,4. O desenvolvimento do equilíbrio era um dos objetivos da intervenção, sendo que foi também trabalhado diversas vezes nas sessões. O objetivo de trabalhar o equilíbrio ao longo da intervenção foi atingido. No entanto, apesar de se observarem melhorias, as cotações médias relativas ao equilíbrio continuam relativamente baixas. Estes resultados corroboram o estudo de Kent e seus colaboradores (2012), em que se

verificou que indivíduos com esquizofrenia apresentaram maiores dificuldades ao nível do equilíbrio, comparativamente com os indivíduos do grupo de controlo, sem perturbações. Na subcategoria da “Lateralidade”, não se verificaram alterações, no entanto, esse também não era um objetivo da intervenção. No que se refere à Noção do Corpo, os itens relativos ao reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais, em que é tocado e em si, obtiveram ligeiros aumentos, apresentando uma cotação média perto de 4, valor máximo. O item “Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)” manteve a cotação média entre os dois momentos de avaliação. A maior variação verificou-se na “Distinção direita-esquerda”, que passou de 2,0 para 2,7. Trabalhar a noção do corpo era um dos objetivos da intervenção e foi cumprido. Estas melhorias podem estar associadas à utilização de técnicas expressivas e de relaxação nas sessões, uma vez estas promovem o conhecimento e consciencialização do corpo (Boscaini, 2003; Martins, 2001a).

De seguida, na subcategoria da Estruturação Espaço-temporal, na memorização e reprodução de uma sequência de estruturas espaciais e manipulativas não se verificaram alterações. Nos itens relativos à memorização e reprodução de uma sequência de estruturas espaciais de locomoção aumentou de 2,1 para 2,3, e a memorização e reprodução de uma sequência rítmica apresentada passou de 2,0 para 2,1. O objetivo de desenvolver a orientação espaciotemporal durante a locomoção, estabelecido no início da intervenção, foi cumprido. Ao longo da intervenção não foi dada tanta relevância às estruturas manipulativas, como à orientação no espaço e no tempo aquando a locomoção e às sequências rítmicas. Em algumas sessões foram utilizadas as técnicas gnoso-praxicas, uma vez que estas possibilitam a associação entre a cognição e a orientação espacial e temporal do movimento (Martins, 2001b). Sendo que as perturbações mentais estão associadas a uma dificuldade de orientação no espaço e no tempo (Stensdotter, et al., 2013), a utilização de técnicas gnoso-praxicas mostra-se benéfica nesta população.

Por fim, as componentes relativas à Praxia Global e Fina também evidenciaram algumas melhorias. Os itens “Dissocia os movimentos assimétricos dos segmentos corporais dos membros superiores” e “Coordena os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente” mantiveram as cotações médias. Nos restantes itens observaram-se ligeiras melhorias, sendo que o item que evidenciou maior variação, um dos objetivos da intervenção, foi o “Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores”, que passou de 1,9 para 2,4. Ao longo da intervenção, todas as sessões continham pelo menos uma atividade com o objetivo de

promover a praxia global. Apesar das dificuldades de coordenação e de realização de atividades motoras complexas serem características em indivíduos com esquizofrenia e do impacto destas aumentar com a idade e a duração da perturbação (Chan, et al., 2010), as dificuldades ao nível da motricidade global de alguns elementos podem estar associadas às dificuldades evidenciadas, principalmente, ao nível da equilibração e da estruturação espaciotemporal, prejudicando a harmonização do movimento (Fonseca, 2010).

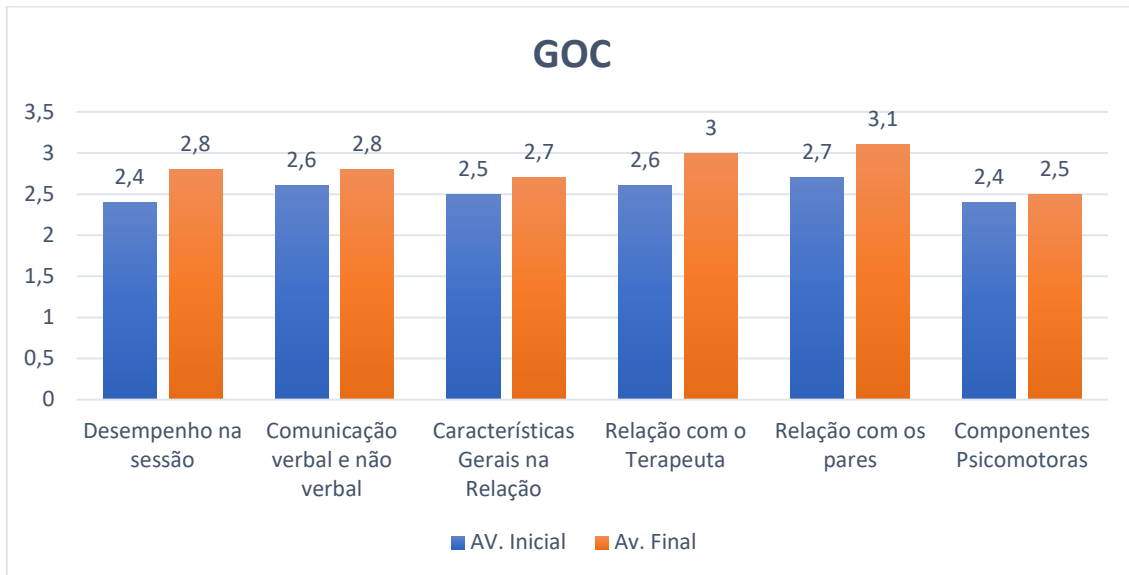


Gráfico 10 - Médias dos domínios do instrumento GOC, relativos à avaliação inicial e à avaliação final

A analisar o gráfico 10, foi possível verificar que algumas dimensões apresentaram mais ganhos que outras, (Desempenho na sessão, Relação com os pares e Relação com o terapeuta). Isto pode dever-se a diversos fatores como, por exemplo: o facto de algumas dimensões poderem ter sido mais trabalhadas ao longo da intervenção que outras; o facto de alguns objetivos serem comuns a outras atividades do programa, como a relação com os colegas e com o terapeuta, que é trabalhada também na interação que ocorre mesmo fora das atividades; ou ainda devido à maior motivação dos utentes para trabalhar certos objetivos.

3. Competências Socioemocionais

A atividade de Competências Socioemocionais, tal como a atividade de Psicomotricidade, era realizada pela Psicomotricista Mafalda Príncipe. No entanto, durante o período da sua ausência, foi também dinamizada pelo Psicomotricista Diogo Lima.

Neste capítulo serão expostos todos os conteúdos relativos à atividade de Competências Socioemocionais, tais como o contexto da intervenção, caracterização do grupo de intervenção, instrumentos de avaliação, resultados da avaliação inicial, plano de intervenção, apresentação das sessões e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados.

3.1. Contexto de intervenção

As sessões de competências Socioemocionais decorreram na sala de atividades do FSO, o que aumentava a adesão dos utentes à atividade, uma vez que não implicava deslocação para um espaço exterior. Esta era uma sala pouco ampla, com várias cadeiras viradas para o quadro branco, assemelhando-se a uma sala de aula, sobrando pouco espaço para a realização de atividades. Assim, a estagiária optava por colocar as cadeiras em círculo, de forma a que todos os participantes se conseguissem ver, facilitando a comunicação entre eles e a conseguir mais espaço livre para as atividades.

A intervenção foi dinamizada em grupo, sendo o número de indivíduos por sessão influenciado por diversos fatores externos.

3.2. Caracterização do grupo de intervenção

Tal como mencionado na caracterização da atividade de Psicomotricidade, o grupo que participou nas sessões de Competências Socioemocionais caracterizou-se também por ser um grupo aberto e com diversas variações na sua constituição, devido aos mesmos motivos mencionados para a psicomotricidade. Por isso mesmo, foi também feita uma seleção de um grupo restrito para ser alvo de avaliação e posterior definição de objetivos de intervenção.

No total participaram 29 indivíduos na atividade de Competências Socioemocionais, 13 do género feminino e 16 do género masculino. A dimensão do grupo nas sessões variou entre 9 e 19 elementos, conforme se verifica pelo gráfico a seguir apresentado, sendo a média de utentes por sessão de 13.

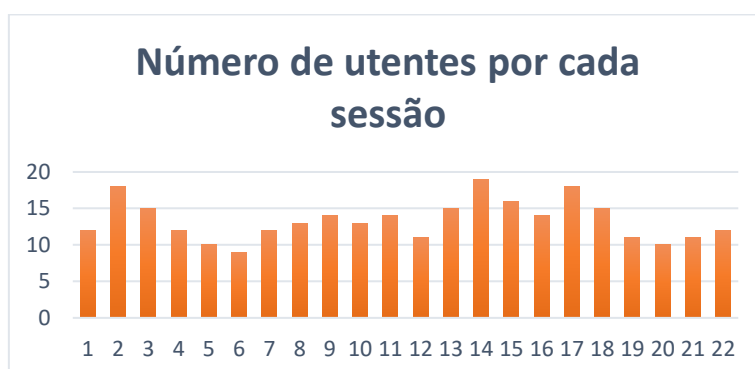


Gráfico 11 - Número de utentes presentes em cada sessão de Competências Socioemocionais

Porém, devido à falta de assiduidade ou por terem saído ou entrado mais tarde no FSO, dos 29 participantes, apenas 2 utentes estiveram presentes em todas as sessões realizadas, como é possível verificar no gráfico apresentado a seguir. Em média cada utente participou em 10 sessões.

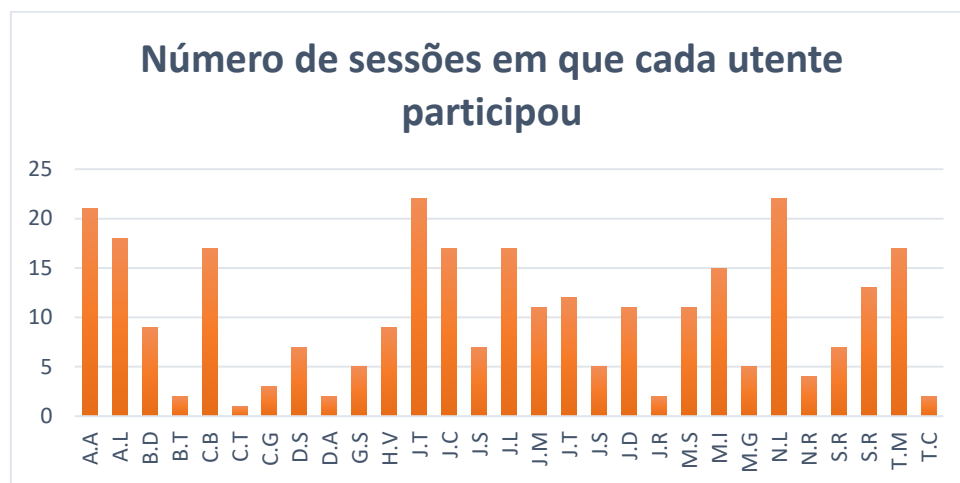


Gráfico 12 - Número de sessões em que cada utente participou

Por esse motivo, foram selecionados apenas 15 indivíduos para a avaliação, os mesmos utentes que foram selecionados para a avaliação na atividade de Psicomotricidade. De seguida, são apresentados os conteúdos relativos à avaliação das Competências Socioemocionais.

3.3. Instrumentos de Avaliação

No âmbito das Competências Socioemocionais na ARIA, foi selecionado um conjunto de instrumentos de avaliação que, em colaboração com os orientadores de estágio, foi definido de modo a ir de encontro aos objetivos do mesmo. Tal como os instrumentos já mencionados, estes foram também aplicados na avaliação inicial e na avaliação final.

Como instrumentos de avaliação foram utilizados: (1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e (2) Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social.

Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1980; traduzido por Simões & Matos (1999). Adaptado por Pais (2009) e Frazão, 2015)

A *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (CAECS), tal como o nome indica, pretende avaliar as competências sociais. Esta organiza as competências sociais em seis categorias, nomeadamente, competências sociais

básicas, competências sociais avançadas, competências para lidar com os sentimentos, competências alternativas à agressividade, competências para lidar com o stress e competências de planeamento (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1980). Cada uma destas categorias está subdividida em competências que lhe estão respetivamente associadas, correspondendo a um total de 39 itens. A CAECS apresenta cinco opções de resposta, cotadas de 1 a 5, que correspondem à frequência ou capacidade de apresentação da competência por parte do avaliado, em que 1 = nunca; 2= quase nunca; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes e 5 = sempre (Goldstein, et al., 1980). Este é um instrumento que pode ser respondido autonomamente pelo avaliado. Este foi também respondido pelo técnico de referência de cada utente, de modo a ser possível realizar uma comparação das respostas do utente e do técnico.

Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Diniz & Mateus, 2008)

O Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social pretende a avaliação dos principais comportamentos exibidos por um indivíduo ao longo de uma interação social. Este instrumento é preenchido pelo avaliador, após a observação da pessoa avaliada (Caballo, 1993). É recomendado, que esta situação seja simulada através de *role-play* da realidade, de modo a facilitar a observação e avaliação dos comportamentos (Caballo, 1993). Este instrumento encontra-se organizado em três grandes componentes de interação social: (1) Componente Não-Verbal, que enquadra a Expressão Facial, Olhar, Sorrisos, Postura, Orientação, Distância/Contacto Físico, Gestos, Aparência Pessoal e Oportunidades dos Reforços; (2) Componente Paralinguística, que engloba o Volume da Voz, Entoação, Timbre, Fluidez, Velocidade, Clareza e o Tempo de Fala; (3) Componente Verbal, que inclui o Conteúdo, Humor, Atenção Pessoal, Perguntas e as Respostas às Perguntas. A cada uma destas subcomponentes, será atribuída uma pontuação (de 1 a 5), de acordo com a adequação do comportamento, sendo que uma pontuação igual ou superior a 3 indica que esse comportamento é adequado e uma pontuação inferior a 3 necessitaria de uma intervenção que trabalhasse essa componente (Caballo, 1993).

3.4. Resultados da Avaliação Inicial

Apresentam-se, de seguida, os resultados dos seguintes instrumentos: Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais e o Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social. Estes foram preenchidos numa fase inicial ao longo dos meses de novembro e dezembro e estiveram na base dos objetivos estipulados para a intervenção. Os resultados foram inseridos na base de dados *Excel*,

para a sua posterior análise e para a elaboração dos gráficos de barras que ilustram esses resultados.

Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

Relativamente à avaliação inicial, este instrumento foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, no mês de Novembro. Esta escala foi preenchida pelos utentes e pelo respetivo técnico de referência. O preenchimento desta Checklist por parte dos utentes, foi realizado por eles próprios, com a devida supervisão da estagiária, acompanhando a leitura e explicação dos itens constituintes da escala. Em relação ao preenchimento por parte dos técnicos de referência, numa reunião de equipa, a estagiária entregou os questionários para os técnicos preencherem ao longo daquela semana.

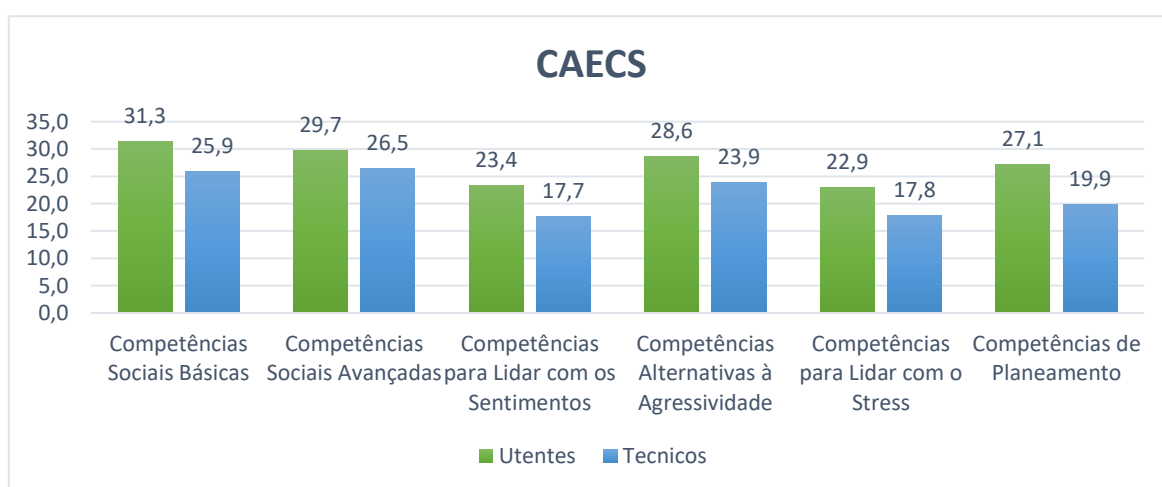


Gráfico 13 - Médias das dimensões do instrumento CAECS, relativos aos utentes e aos técnicos de referência, obtidos na avaliação inicial

Ao observar o gráfico 13, verificou-se que todos os valores relativos aos Técnicos foram inferiores aos dos Utentes. Dos resultados obtidos pelos Utentes, verificou-se que as “Competências para lidar com o stress” e as “Competências para lidar com os sentimentos”, foram as áreas mais fracas, com uma cotação de 22,9, num total de 40, e 23,4, num total de 35, respetivamente. Relativamente aos resultados dos Técnicos, as áreas mais fracas foram as “Competências para lidar com o stress” e as “Competências de planeamento”, com uma cotação de 17,8 e 19,9, num total de 40, respetivamente. Contrariamente, as “Competências Sociais Básicas” apresentaram as cotações mais elevadas para Técnicos e Utentes, nomeadamente, de 31,5, para os utentes e, de 26,4 para os Técnicos. Apesar da variabilidade dos resultados entre técnicos e utentes, verificou-se uma correspondência entre ambas as fontes relativamente às áreas fracas e áreas fortes.

Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (SECHS)

Este instrumento foi preenchido pela estagiária e pelo Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora, Diogo Lima, no gabinete dos técnicos do FSO de Lisboa.

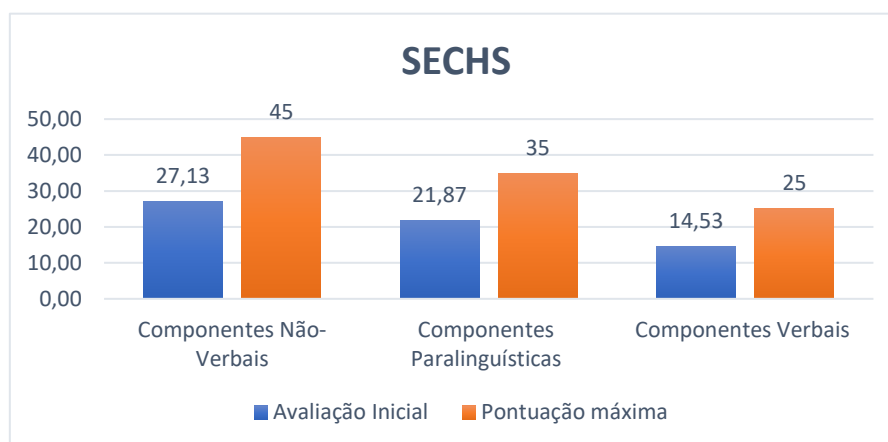


Gráfico
Médias

somas dos itens do instrumento SECHS, obtidos na avaliação inicial, e a pontuação máxima de cada componente

14 -
das

Ao observar o gráfico 14, verificou-se que as Componentes não-verbais foram as que se encontraram mais distantes da pontuação máxima, sendo a área mais fraca, e as componentes verbais foram as que se encontraram mais próximas desta.

Através deste instrumento, verificou-se que, nas Componentes não-verbais, a oportunidade de reforços foi o item que apresentou uma menor cotação, contrariamente aos itens de olhar e expressão facial, que apresentaram as cotações mais elevadas deste domínio. Relativamente aos componentes paralinguísticos, a velocidade, a fluidez e a entoação foram os itens que apresentaram uma cotação mais baixa e o timbre foi onde apresentaram menos dificuldades. Por fim, nas Componentes verbais, os itens correspondentes ao conteúdo e ao humor foram os que apresentaram uma pontuação mais baixa e o item de atenção pessoal foi o que apresentou maior cotação.

3.5. Plano de intervenção

Através da recolha de informação proveniente da observação, dos objetivos da instituição, da orientação do Psicomotricista Diogo Lima, Psicomotricista Mafalda Príncipe e dos resultados dos instrumentos de avaliação, de forma a orientar a intervenção, foram estipulados os objetivos apresentados na tabela abaixo. As médias de cada item da CAECS e SECHS, da avaliação inicial, serviram de base para a definição dos objetivos, estes valores encontram-se em anexo (Anexo 4 e Anexo 5).

Tabela 11 - Objetivos de intervenção na atividade de Competências Socioemocional

<i>Competências Sociais Básicas</i>	Iniciar e manter uma conversa
	Fazer perguntas
	Apresentar-se a si e a outras pessoas
	Ouvir o(s) outro(s)
<i>Competências Sociais Avançadas</i>	Integrar um grupo
	Seguir instruções
	Convencer os outros
<i>Competências para lidar com os sentimentos</i>	Reconhecer as emoções e sentimentos, em si e nos outros
	Expressar as emoções
	Lidar com a fúria de alguém
	Gratificar-se a si próprio
<i>Competências alternativas à agressividade</i>	Autocontrolar-se
	Defender os seus direitos
	Reagir de forma correta à provocação/gozo
<i>Competências para lidar com o stress</i>	Fazer e responder a uma queixa
	Lidar com a exclusão e com a acusação
	Responder à persuasão
	Lidar com a pressão do grupo
<i>Competências de planeamento</i>	Decidir o que causou o problema
	Definir um objetivo
	Decidir o que fazer
	Tomar uma decisão
	Ordenar os problemas de acordo com a sua importância
<i>Componentes não-verbais</i>	Adequar a expressão facial à situação
	Manter a distância/contacto físico
	Olhar
<i>Componentes verbais</i>	Conteúdo
	Humor
	Atenção pessoal
	Comunicação assertiva

3.6. Sessões de Competências Socioemocionais

As sessões de Competências Socioemocionais tiveram uma duração de 60 minutos e eram realizadas 1 vez por semana.

A intervenção teve uma duração de 6 meses, excluindo as sessões destinadas apenas à observação. Assim, fez um total de 25 sessões previstas, das quais apenas 21 foram realizadas. Sendo que as restantes 4 sessões não ocorreram devido a visitas ao exterior e interrupções para férias. Tal como ilustra a Tabela 12.

Tabela 12 - Cronograma das Sessões de Competências Socioemocionais

Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió
7	5	2	6	7	4	2
14	12	9	14	14	10	9
21	19	17	21	21	17	16
28	26	24	28	27	25	23
		31				30
Observação						
Visita exterior						
Avaliação						
Sessões de intervenção						
Interrupções Natal e Páscoa						
Apresentação da Técnica Mafalda Reis Príncipe						

Todas as sessões seguiram a seguinte estrutura: iniciavam com um diálogo inicial, em que era feita uma breve revisão da sessão anterior, os utentes podiam partilhar algo com o grupo e a estagiária apresentava a sessão; seguia-se uma primeira parte dedicada à apresentação e discussão do tema da sessão; posteriormente, realizava-se a atividade propriamente dita, de acordo com o tema da sessão; e, por fim, realizava-se o diálogo final, onde era feita, em grupo, uma revisão da sessão, na qual utentes partilhavam o que mais gostaram e o que menos gostaram, maiores dificuldades, onde se sentiram mais confortáveis e sugestões de atividades para as próximas sessões. Encontra-se em anexo exemplos de um plano de sessão e um relatório da atividade de Competências Socioemocionais (Anexo 6 e Anexo 7).

3.7. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação inicial, comparativamente aos da avaliação final, e ainda a discussão destes resultados.

Checklist - Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

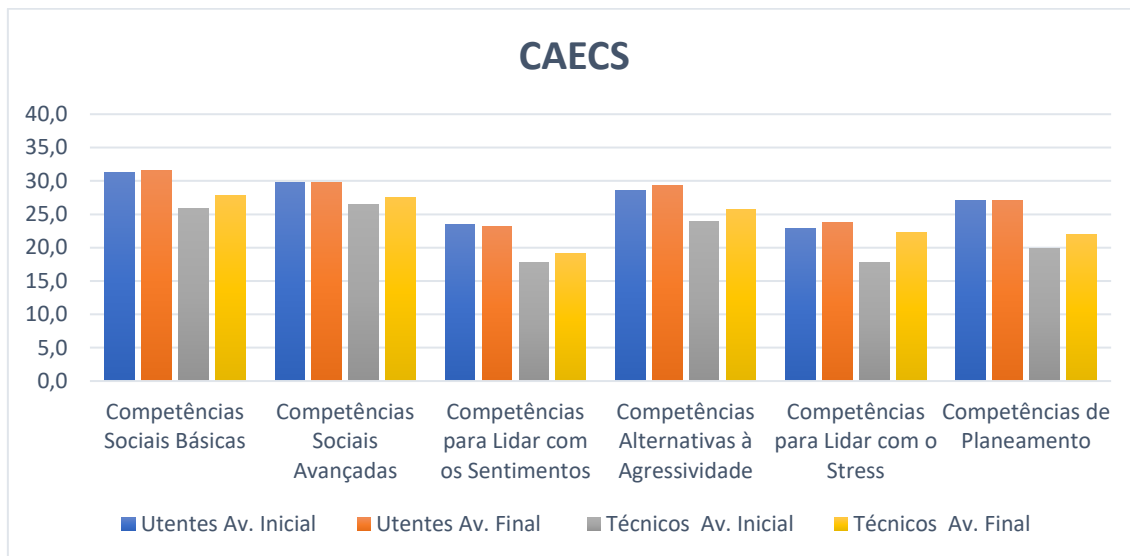


Gráfico 15 - Médias das somas dos itens do instrumento CAECS, relativas aos utentes e aos técnicos, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

Ao analisar o gráfico 15, é possível verificar que os resultados dos utentes continuaram acima dos resultados dos técnicos, isto pode dever-se à sobrevalorização das próprias capacidades associada à esquizofrenia (Miller, et al., 2008).

Relativamente aos resultados dos utentes, verificou-se pouca variação, entre a avaliação inicial e a avaliação final, observando-se ligeiras mudanças. As Competências sociais básicas, Competências sociais avançadas, Competências alternativas à agressividade e as Competências para lidar com o stress apresentaram um ligeiro aumento, com uma variação máxima de 0,8. No entanto, as Competências para lidar com os sentimentos e as Competências de planeamento apresentaram uma diminuição, também esta uma diferença muito pequena entre as duas avaliações. Estes resultados podem dever-se ao facto destas duas componentes terem sido as mais trabalhadas ao longo da intervenção e esta diminuição estar associada a uma maior consciência das capacidades individuais.

Por outro lado, nos resultados dos técnicos, foi possível observar uma maior variação, entre os dois momentos de avaliação, e um aumento da cotação média em todas as competências avaliadas. Sendo que a pontuação máxima é de 40 para todas as competências, exceto para as competências para lidar com os sentimentos, que é de 35, as Competências para lidar com o stress foram as que se encontraram mais

distantes dessa cotação e, assim, as que evidenciaram maiores dificuldades. No entanto, foram também estas competências em que se observou melhorias mais acentuadas.

Assim, sendo que as capacidades de resolução de problemas e para lidar com o stress se encontram comprometidas em indivíduos com perturbação psiquiátrica (Aebi, et al., 2014), estes resultados revelam a importância da psicomotricidade e do desenvolvimento de competências socioemocionais, nesta população. Tal como defende Martins (2001b), a intervenção psicomotora pretende promover o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e melhorar a forma como o indivíduo lida com os problemas e situações de stress.

Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (SECHS)

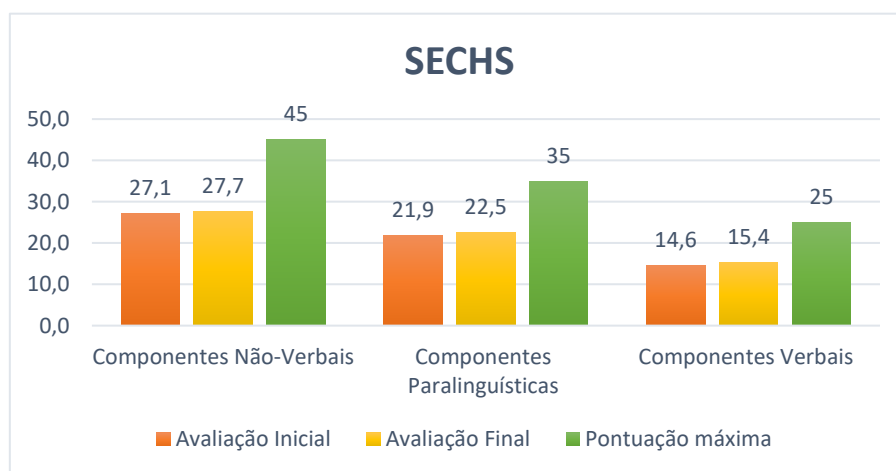


Gráfico 16 - Médias das somas dos itens do instrumento SECHS, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

Através da análise do gráfico 16 foi possível verificar que houve um ligeiro aumento da cotação média em todas as componentes, no entanto, foram variações mínimas entre as duas avaliações. As Componentes verbais apresentaram uma maior variação do valor médio e, por outro lado, as Componentes não-verbais foram as que apresentaram menor variação.

Assim, ao observar os resultados do CAECS e do SECHS, é possível verificar que todos os objetivos estabelecidos para a intervenção apresentaram melhorias entre os dois momentos de avaliação, apesar de as variações terem sido mínimas.

Estes resultados podem dever-se ao curto período de intervenção, de 6 meses. Talvez com um período maior de intervenção fosse possível observar melhores resultados. No entanto, apesar dos resultados apresentarem melhorias mínimas parece crucial trabalhar as competências socioemocionais nos indivíduos com perturbações

psiquiátricas, uma vez que o funcionamento social é uma das áreas mais comprometidas nesta população. Segundo a CASEL (2015) e Greenberg (2003) o desenvolvimento de competências socioemocionais é crucial no processo de reabilitação do indivíduo com perturbação psiquiátrica, uma vez que promove a adaptação do indivíduo às exigências da sociedade, de forma a ajustar-se às necessidades complexas da vida em comunidade e tem evidenciado um impacto global e a longo prazo, apresentando benefícios ao nível da qualidade de vida e bem-estar.

4. Acompanhamento Individual I

Ao longo deste estágio foram realizados dois acompanhamentos individuais. A intervenção com os dois casos foi dinamizada apenas pela estagiária, no entanto, sempre com a orientação e apoio dos orientadores. Neste capítulo são apresentados os conteúdos relativos apenas ao Acompanhamento Individual I, como a caracterização anamnésica, instrumentos de avaliação, resultados da avaliação inicial, plano de intervenção, a descrição das sessões e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados. Os conteúdos relativos ao Acompanhamento Individual II, seguem a mesma estrutura, no entanto, são apresentados nos anexos (Anexo 11), por questões de limitação de páginas.

4.1. Caracterização anamnésica

A J.C nasceu a 12 de junho de 1991 e tem 27 anos. Frequenta o FSO desde 2017. A utente mora apenas com o pai, que trabalha no mercado automóvel, e não tem irmãos.

Relativamente à sua infância, a J.C mostrou recordar poucos momentos desta fase, referiu apenas lembrar-se de passear com os pais. Mencionou que morou sempre em S. João da Talha, local onde frequentou a escola primária. Disse ainda ter frequentado um curso tecnológico até ao 9º ano e lembrar-se de ser boa aluna a matemática. Relativamente ao percurso escolar, a J.C não conseguiu relatar mais informações.

A J.C referiu ter iniciado as intervenções psiquiátricas aos 19 anos, altura em que os médicos lhe disseram que tinha uma psicose. No entanto, mencionou que as primeiras manifestações ocorreram por volta dos 7/8 anos de idade, altura em que se sentia muita cansada e “começou a ter visões” (sic). O diagnóstico atual da J.C é hebefrenia.

Relativamente às relações de amizade, a J.C referiu que nunca teve muitos amigos e, da escola, lembra-se apenas de dois amigos. No local onde reside mencionou

ter alguns vizinhos, com que falava e brincava na infância. Atualmente, identificou os amigos do pai como os seus amigos. Referiu ter dificuldades em criar e/ou manter relações, devido ao facto das outras pessoas “quererem sempre dar uma opinião” (sic). Quando lhe foi perguntado se tem alguém que a protege quando precisa, a J.C identificou a madrinha, tia, vizinha e, principalmente, o pai. Considerou ter um suporte social frágil.

Nas questões relativas ao desenvolvimento pessoal, a J.C referiu que se sente insatisfeita com a sua vida, uma vez que “anda sempre triste e com pensamentos negativos” (sic). Referiu ainda sentir-se muito carente.

No que se refere à autonomia, a J.C indicou que consegue realizar a sua higiene pessoal e vestir-se de forma autónoma. No entanto, referiu que não consegue deslocar-se sozinha, a pé ou através de meios de transportes, necessitando do apoio do pai para os seus deslocamentos. Mencionou ainda que não consegue ir às compras sozinha, uma vez que “não se sabe orientar” (sic). A J.C não realiza a gestão do dinheiro, uma vez que é o pai que se encarrega disso.

Um dia típico da J.C restringe-se apenas às atividades no fórum e casa. Antes de frequentar o fórum, a J.C que ficava dias inteiros em casa sem horários, nem rotinas. Na ocupação de tempos livres, a J.C mencionou já ter praticado algumas modalidades desportivas, como ténis e futebol. Atualmente, ocupa os tempos livres a andar de carro com o pai, ver televisão e utilizar as redes sociais.

Por último, é importante mencionar que a J.C perdeu a mãe há relativamente pouco tempo, no final de 2017, o que a deixou num grande estado de tristeza e isolamento. Antes da morte da mãe, era esta que tratava de tudo relativamente à J.C, sendo a utente muito dependente da mãe. Atualmente, é o pai que assume este papel, relativamente à J.C, no entanto, não consegue lidar com todas essas responsabilidades, estando ele também muito deprimido e bastante desorientado, não consegue lidar com todas essas responsabilidades.

4.2. Avaliação

Num primeiro momento da avaliação inicial realizou-se uma anamnese, de modo a conhecer alguns aspetos da história pessoal da J.C: (1) dados pessoais gerais; (2) filiação; (3) agregado familiar; (4) situação socioeconómica; (5) historial clínico; (6) desenvolvimento social; (7) desenvolvimento emocional; (8) desenvolvimento sensorial; (9) autonomia; (10) hábitos e rotinas; (11) interesses e lazer; e (12) dia-tipo. A Ficha de

Anamnese foi preenchida pela própria, numa sala das instalações do FSO, a estagiária esteve presente no momento do preenchimento, assistindo e disponível para esclarecer todas as dúvidas. De seguida, realizou-se uma entrevista informal com a J.C., de forma a perceber as suas preocupações, expectativas de futuro e expectativas para o acompanhamento.

Num segundo momento aplicaram-se quatro instrumentos de avaliação: Symptom Checklist-90 Revised de Leonard Derogatis (1977), adaptado por Batista (1993); Escala de Autodeterminação de Wehmeyer & Kelchner (1995), adaptada para a população portuguesa por Torres e Santos (2014); Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa (Santos e Morato, 2004) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF) na Versão Portuguesa de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006).

Os instrumentos acima mencionados foram preenchidos na sala de convívio do FSO, onde estavam presentes a estagiária e a J.C. Inicialmente, foram explicados os objetivos de cada instrumento, sendo a J.C a preencher os mesmos, no entanto, a estagiária esteve sempre presente, disponível para esclarecer alguma dúvida. Numa fase final do acompanhamento, foram aplicados novamente os mesmos instrumentos, de forma a poder comparar os resultados das duas fases de avaliação.

4.2.1. Instrumentos de Avaliação

Neste tópico são apresentados e descritos os instrumentos de avaliação utilizados.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

O SCL-90-R é um inventário de sintomas de autorrelato, desenvolvido por Leonard R. Derogatis em 1977, e, posteriormente, traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Batista, em 1993 (Derogatis, 1983; Fernandes et al., 2005). É constituído por 90 itens, em forma de questionário, do comportamento sintomático de indivíduos com ou sem perturbação psiquiátrica ou outras condições médicas (Fernandes, et al., 2005). Este está organizado em nove dimensões de sintomas primários como: Somatização, Comportamento Obsessivo-compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo (Derogatis & Fitzpatrick, 2004; Fernandes, et al., 2005). Apresenta mais sete itens que não estão incluídos em nenhuma destas dimensões. Estes itens vão influenciar a gravidade das dimensões, no entanto não pertencem a nenhuma dimensão

em particular (Fernandes, et al., 2005). No que se refere ao tipo de resposta, esta segue uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos, que permite a categorização da intensidade do sintoma na resposta, de 0 a 4.

Para além das dimensões, este instrumento permite obter três índices globais: Índice Global de Severidade (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Perturbação Sintomática Positiva (IPSP) (Fernandes, et al., 2005). Estes índices permitem uma maior flexibilidade na avaliação do perfil psicopatológico do indivíduo avaliado (Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2012).

A SCL-90-R, dada a sua fácil aplicação e relação com os objetivos da Psicomotricidade em acompanhamento individual, foi utilizada com o objetivo de aferir quais os sintomas presentes e a sua frequência e, no final, comparar os resultados da avaliação inicial com os da avaliação final, de forma a averiguar possíveis efeitos da intervenção.

Escala de Autodeterminação

A Escala de Autodeterminação foi desenvolvida do Wehmeyer & Kelchner, em 1995, e posteriormente adaptada para a população portuguesa por Torres e Santos, em 2015 (Torres, 2015; Wehmeyer, 1995). Foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a autodeterminação em adolescentes e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), com Dificuldades de Aprendizagem e com Perturbações Emocionais, assim como para definir as áreas fortes e as que necessitam de ser trabalhados, de modo a estabelecer um plano de intervenção (Wehmeyer, 1995). É constituído por 72 itens, organizados em quatro secções: Autonomia, Autorregulação, Empoderamento Psicológico e Autorrealização (Wehmeyer, 1995).

A secção de Autonomia é composta por 32 itens, organizados em seis subsecções. Esta secção apresenta quatro alternativas de resposta, que são pontuadas com valores de 0 a 3, sendo que 0 - Nunca; 1 - Às vezes; 2 – Muitas vezes; e 3 – Sempre (Wehmeyer, 1995).

A secção de Autorregulação é constituída por 9 itens e divide-se em duas subsecções: Resolução de Problemas e Estabelecimento de Objetivos (com a identificação de objetivos e das etapas para atingir esses objetivos). A pontuação da subsecção de Resolução de Problemas varia entre 0 e 2. O valor 0 deverá ser atribuído quando o indivíduo não responde à questão ou quando a sua resposta não está de acordo com a informação anteriormente apresentada. A pontuação 1 deverá ser atribuída quando a resposta apresentada pelo indivíduo expressa uma solução viável, apresentando uma ligação entre o início e o fim. Por sua vez, dever-se-á atribuir a

pontuação 2 quando o indivíduo apresenta uma resposta que permite que seja alcançado o fim indicado. Relativamente à subsecção de Estabelecimento de Objetivos, esta varia entre 0 e 3, em que deverá ser atribuído: 0 - quando o indivíduo não pensou sobre o objetivo; 1 – se apresentou o objetivo; 2 – se especificou uma ou duas etapas para atingir esse objetivo e 3 – se mencionou três ou quatro etapas (Wehmeyer, 1995)

Relativamente à secção de Empoderamento Psicológico, esta compreende 16 itens e apresenta duas possibilidades de resposta. As respostas que revelam competências de empoderamento psicológico, como crença nas suas capacidades, perceção de controlo e expectativas de sucesso, serão pontuadas com 1. Quando as respostas não revelam este tipo de competência deverão ser pontuadas com 0 (Wehmeyer, 1995).

Por fim, a secção de Autorrealização contém 15 itens, com duas alternativas de resposta, sim ou não, que serão classificadas, respetivamente, com 1 e 0 (Wehmeyer, 1995).

Assim, para a obtenção da pontuação total da Escala de Autodeterminação, é necessário realizar o somatório de cada subsecção, de forma a encontrar a pontuação de cada secção e, posteriormente, efetuar a soma das pontuações de todas as secções. De seguida, é necessário analisar as tabelas de conversão, de forma a converter as pontuações finais em pontuações de percentil, para uma correta comparação com a amostra normativa (Wehmeyer, 1995). Para este trabalho não foi realizada esta conversão para percentil, uma vez que o objetivo é fazer uma comparação entre os resultados da avaliação inicial e da avaliação final, e não uma comparação dos resultados com a amostra normativa.

Com a aplicação deste instrumento, pretendeu-se perceber se a intervenção psicomotora, em acompanhamento individual, contribuiu para melhorar a autodeterminação do indivíduo.

Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa (ECAP)

A Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa (ECAP) é um instrumento que tem como principal objetivo, não só de avaliação da independência pessoal e comunitária, como também das componentes que correspondem à performance e ao ajustamento social (Santos, 2000). Assim, a ECAP realiza a recolha da informação através de diversas situações do quotidiano (Santos & Morato, 2002).

Segundo Santos e Morato (2012), a população alvo engloba pessoas com DID institucionalizadas e pessoas sem DID, dos seis aos sessenta anos. No que diz respeito ao preenchimento da escala, esta pode ser efetuada por observação direta dos

comportamentos dos indivíduos, no seu dia-a-dia e nos contextos em que participa, o que possibilita uma avaliação com mais objetividade (Santos & Morato, 2012). O questionário deve ser preenchido por uma pessoa, que tenha relevância na vida do sujeito avaliado bem como proximidade com este, de modo a que a informação recolhida esteja o mais próximo possível da realidade e permitir uma facilitação no preenchimento (Santos & Morato, 2002, 2012).

Na parte inicial da escala encontra-se uma parte exclusiva para recolha de dados sobre o indivíduo (e.g.: nome, género, diagnóstico, etc.) e ainda outra para descrição das condições de avaliação (e.g.: data da observação, responsável pela avaliação, entre outros) (Santos & Morato, 2012).

A ECAP é composta por duas partes: a **primeira** refere-se às competências da independência pessoal e a **segunda** tem como objetivo principal avaliar comportamentos desviantes (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002, 2012).

A primeira parte da escala é composta por dez domínios, sendo estes: **Autonomia** – engloba atividades relacionadas com a alimentação, aparência, uso da casa de banho, higiene, cuidados com o vestuário, vestir/despír, utilização de transportes e de bancos; **Desenvolvimento Físico** – refere-se às capacidades sensoriomotoras como a visão e audição, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, praxia fina e global; **Atividade Económica** - associado com a utilização/compreensão do significado do dinheiro e o manuseamento deste; **Desenvolvimento da Linguagem** – diz respeito às componentes de receção, expressão e transmissão essenciais na comunicação (que se torna crucial para a participação ativa na comunidade); **Números e Tempo** – relacionado com as competências matemáticas básicas que são fundamentais na vida diária do sujeito (e.g.: saber ver as horas ou operações aritméticas básicas); **Atividade Doméstica** – engloba tarefas que se relacionam com a preparação de refeições e ainda a manutenção e limpeza da casa; **Atividade Pré- Profissional** – associado ao conhecimento de ferramentas importantes para o sucesso em atividades pré-profissionais (e.g.: pontualidade, assiduidade e responsabilidade); **Personalidade** - designa a atitude tendencial da pessoa, ou seja, se esta é ativa ou passiva, através do conhecimento da sua capacidade de iniciativa, de perseverança e de ocupação dos seus tempos livres; **Responsabilidade** – diz respeito à capacidade de ser responsável pelas suas coisas e pelos outros, assim como o cumprimento de atividades que lhe foram destinadas; **Socialização** - Relaciona-se com as componentes sociais e de interação com os outros (e.g.: cooperação) (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002).

A segunda parte da escala é composta por oito domínios: **Comportamento Social** - exemplifica os comportamentos sociais que podem ser abusivos tanto a nível físico como emocional (e.g.: ameaçar os outros, perder o controlo); **Conformidade** - comportamentos que desrespeitem as regras (e.g.: falta de pontualidade ou ausência, descaramento, rebeldia); **Não Merecedor de Confiança** - refere-se a comportamentos como mentir, roubar, enganar; **Comportamento Estereotipado e Hiperativo** - engloba comportamentos que podem perturbar os outros (e.g.: contacto físico desadequado, comportamentos hiperativos, entre outros); **Comportamento Sexual** - tal como o nome indica, inclui comportamentos de cariz sexual (e.g.: como a masturbação em locais públicos e em momentos desapropriados, exposição do corpo); **Comportamento Auto Abusivo** - referente a comportamentos em que o indivíduo se magoa a si próprio, podendo mesmo serem considerados bizarros; **Ajustamento Social** - verifica comportamentos que apresentam demasiada timidez e/ou passividade e, assim, pode levar ao desenquadramento social; **Comportamento Interpessoal Perturbado** - reflete comportamentos como sentimento de perseguição e reação negativa a críticas (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002).

Existem ainda cinco fatores que foram construídos com base nos domínios da parte I e II, são estes: a **Autossuficiência Pessoal**, que nos dá indicações sobre a Autonomia e o Desenvolvimento Físico (e.g.: preparação de refeições, lida da casa, movimentação na comunidade); **Autossuficiência na Comunidade**, que se verifica através dos domínios de Autonomia, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica e Pré-profissional; **Responsabilidade Pessoal e Social**, que fazem parte os domínios da Atividade Pré-Profissional, Responsabilidade, Personalidade e Socialização; **Ajustamento Social**, que engloba os domínios de Comportamento Social, Conformidade, Não Merecedor de Confiança e Ajustamento Pessoal; e, por fim, o **Ajustamento Pessoal**, que contém os domínios de Comportamento Estereotipado/Hiperativo, Sexual, Auto Abusivo e Comportamento Interpessoal Perturbado. (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002).

Na primeira parte verificam-se duas formas de cotação: complexidade crescente, em que de item para item, existe um aumento do grau de dificuldade, sendo que o valor mais alto corresponde a tarefas mais “difíceis” e a opção de resposta dicotómica – sim ou não - que corresponde ao que o sujeito realiza e não realiza, respetivamente. Na segunda parte da escala, a forma de cotação é através da frequência de ocorrência dos comportamentos – 0=nunca, 1=ocasionalmente e 2= frequentemente – sendo que o valor ótimo corresponde a zero (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002)

No que diz respeito à interpretação dos resultados, na primeira parte da escala, esta pode ser feita através dos resultados obtidos nos domínios, consistindo na soma dos valores de cada domínio. Na segunda parte, faz-se através da soma de todos os pontos obtidos em cada item (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002). Os autores referem que a interpretação de resultados pode ser feita também através dos valores de cada item, correspondendo os mesmos à totalidade dos itens cotados em cada domínio. Por fim, segundo os mesmos, poderá ser feita pelos valores médios dos domínios em que existe a oportunidade de observar o comportamento adaptativo do sujeito e após a obtenção dos resultados os mesmos são convertidos (Santos, 2000; Santos & Morato, 2002).

Os valores médios dos domínios da ECAP são 17-20 (Muito bom); 16-15 (Bom); 13-14 (Acima da média); 8-12 (Média); 6-7 (Abaixo da média); 4-5 (Fraco); e 1-3 (Muito fraco). Estes valores permitem a comparação entre domínios e em termos de resultados individuais (Santos & Morato, 2012). De acordo com os autores anteriores, os valores médios dos fatores são: > 130 (Muito bom); 121-130 (Bom); 111-120 (Acima da média); 90-110 (Média); 80-89 (Abaixo da média); 70-79 (Fraco); e < 70 (Muito fraco).

Devido ao facto de esta escala ser muito extensa e muitos dos itens não serem relevantes, de acordo com os objetivos da intervenção e com as características da população acompanhada neste estágio no FSO, realizou-se uma adaptação deste instrumento, com a devida autorização dos autores (Anexo 1). Foram retirados os itens relativos aos domínios Desenvolvimento Físico, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Pré-Profissional, Responsabilidade e Socialização. Para além disso, foram ainda acrescentados alguns itens relativos à medicação psiquiátrica e às consultas desta especialidade.

World Health Organization Quality Of Life – BRREF (WHOQOL – BREF)

Originalmente foi desenvolvido o WHOQOL-100, no entanto surgiu a necessidade de criar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, segundo a definição da OMS, mas que o seu preenchimento não fosse tão demorado (WHO, 1998). Surgiu então o WHOQOL-BREF, uma versão reduzida da original. Segundo a OMS (1995), qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo acerca da sua condição de vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores em que se insere, os seus objetivos, expectativas e preocupações. O WHOQOL-BREF é constituído por 24 itens do WHOQOL-100, distribuídos por 4 domínios: (1) Domínio Físico, (2) Domínio Psicológico, (3) Relações Sociais e (4) Meio Ambiente (WHO, 1998). Existem ainda mais 2 itens, um do *Overall Quality of Life* e outro do *General Health*. O instrumento deve ser preenchido

pelo próprio indivíduo a ser avaliado, sempre que este tiver capacidades para tal. Para o cálculo do total de cada domínio, o avaliador deve somar os valores de todos os itens de cada domínio e dividir pelo número de itens em cada um deles, pelo que os itens 3, 4 e 26 têm de ser invertidos. De seguida, deve multiplicar-se o resultado de cada domínio por 4, de modo a poder comparar com os resultados do WHOQOL-100, numa escala de 4-20 ou de 0-100 (WHO, 1998). Este instrumento foi utilizado pela estagiária, com o objetivo de avaliar a perceção da qualidade de vida da J.C e, posteriormente, perceber se o acompanhamento individual teve alguma influência nesta perceção.

4.2.2. Resultados da avaliação inicial

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial da J.C. Estes representam dados importantes para a determinação das áreas fortes e as áreas a trabalhar, permitindo o estabelecimento do plano de intervenção. Os instrumentos de avaliação foram aplicados na Sala de Atividades do FSO, numa fase inicial, no mês de Janeiro, e numa fase final, no mês de Maio. Num momento inicial, a estagiária explicou os itens constituintes de cada instrumento, assim como da forma de preenchimento dos mesmos. O preenchimento destas escalas foi realizado pela utente, com a devida supervisão da estagiária.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

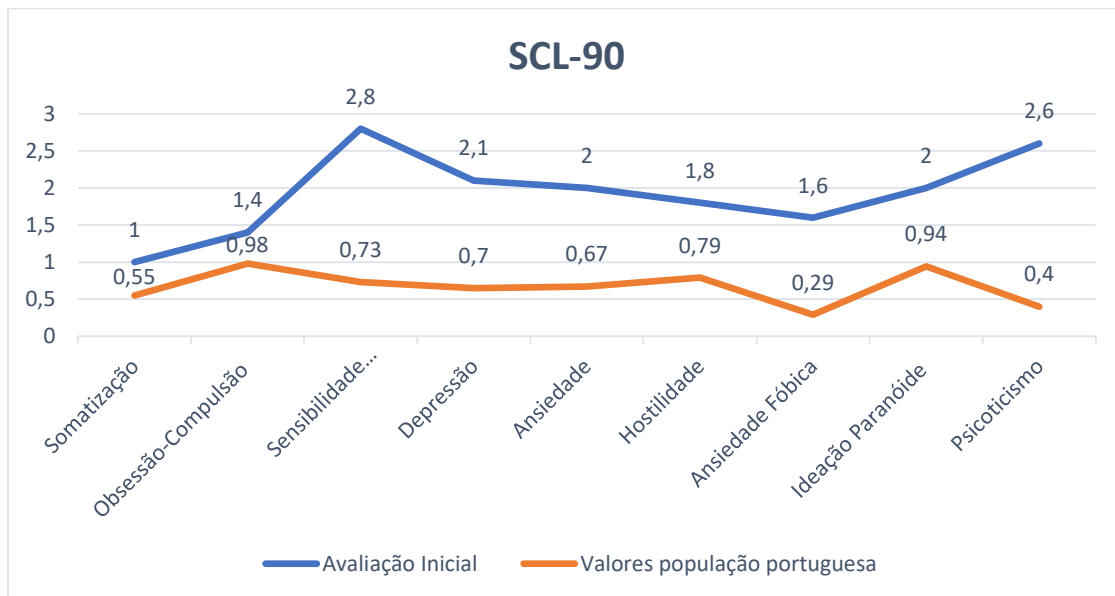


Gráfico 17 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial

Através do gráfico 17 verificou-se que os sintomas com uma incidência mais frequente foram os sintomas de sensibilidade interpessoal, psicoticismo e depressão.

Segundo os valores da média e desvio padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa por Batista (1993, cit in Lavado, 2008), a tabela com estes valores encontra-se em anexo (Anexo 8), todos os sintomas apresentaram uma pontuação acima da média e apenas os sintomas de Somatização e de Obsessão-compulsão não apresentaram uma pontuação acima do valor limite (média + desvio padrão), todos os outros encontraram-se acima deste valor.

Relativamente aos índices globais fornecidos pela escala, a J.C para o índice geral de sintomas apresentou uma pontuação de 1,9, um total de 75 sintomas positivos e para o índice de sintomas positivos uma pontuação de 2,3.

Escala de Autodeterminação

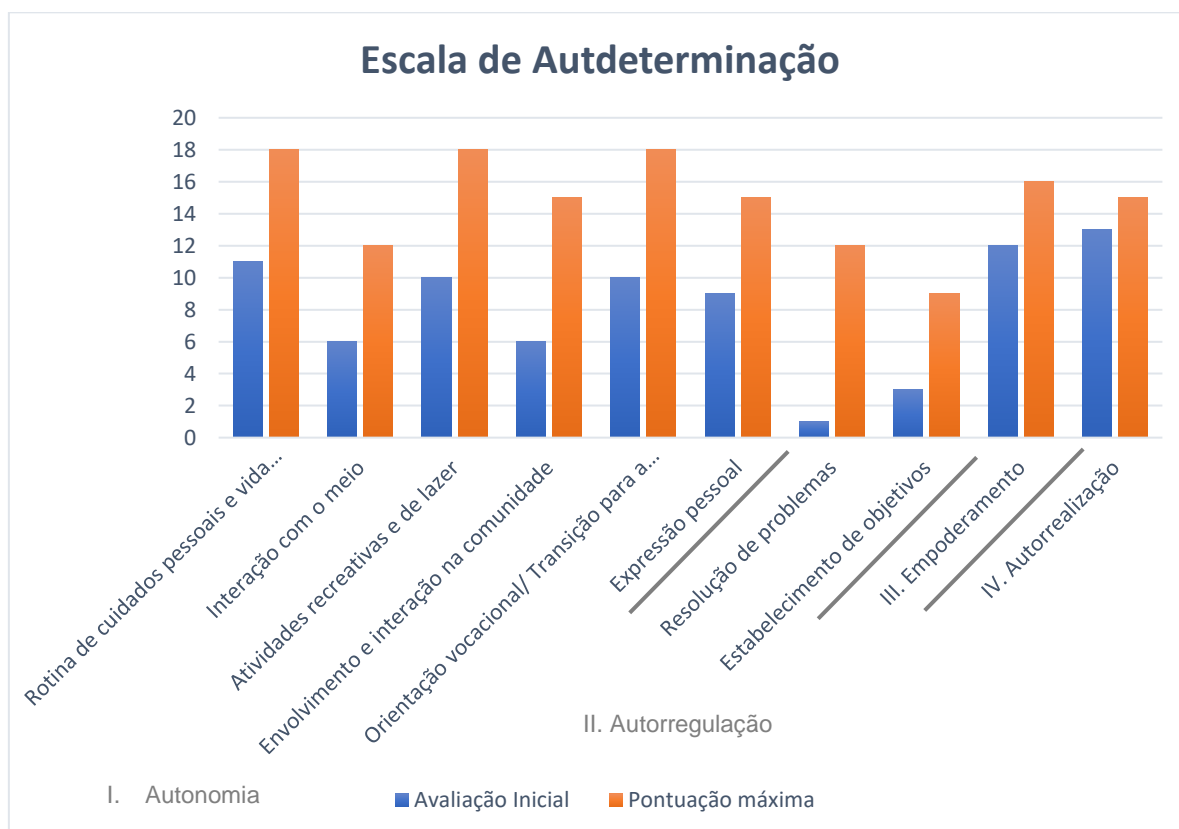


Gráfico 18 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativas ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial

Ao analisar o gráfico 18, foi possível verificar que o domínio que apresentou resultados mais baixos, comparativamente à pontuação máxima foi a Autorregulação. Por outro lado, a Autorrealização foi o que apresentou resultados mais próximos da pontuação máxima.

No que diz respeito à avaliação inicial da autodeterminação, a secção de Autonomia a J.C obteve uma pontuação de 52. A subsecção 1D) Independência: Envolvimento e interação na comunidade foi a que se revelou mais comprometida,

seguida das subsecções 1C) Atividades Recreativas e de Lazer e 1E) Orientação e Vocacional. Na secção de Autorregulação obteve uma pontuação de 4, sendo esta a secção com uma pontuação mais baixa, pois na subsecção 2A) Resolução de problemas, a J.C não conseguiu apresentar uma ligação lógica entre o início e o fim das histórias. Na subsecção 2B) Estabelecimento de objetivos e desempenho nas tarefas, a J.C mostrou já ter pensado sobre um objetivo, no entanto, não conseguiu apresentar etapas lógicas para alcançar esse objetivo. Na secção de Empoderamento Psicológico obteve 12 pontos e na de Autorrealização 13 pontos. Por fim, adquiriu uma pontuação total de 81.

Escala do Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa

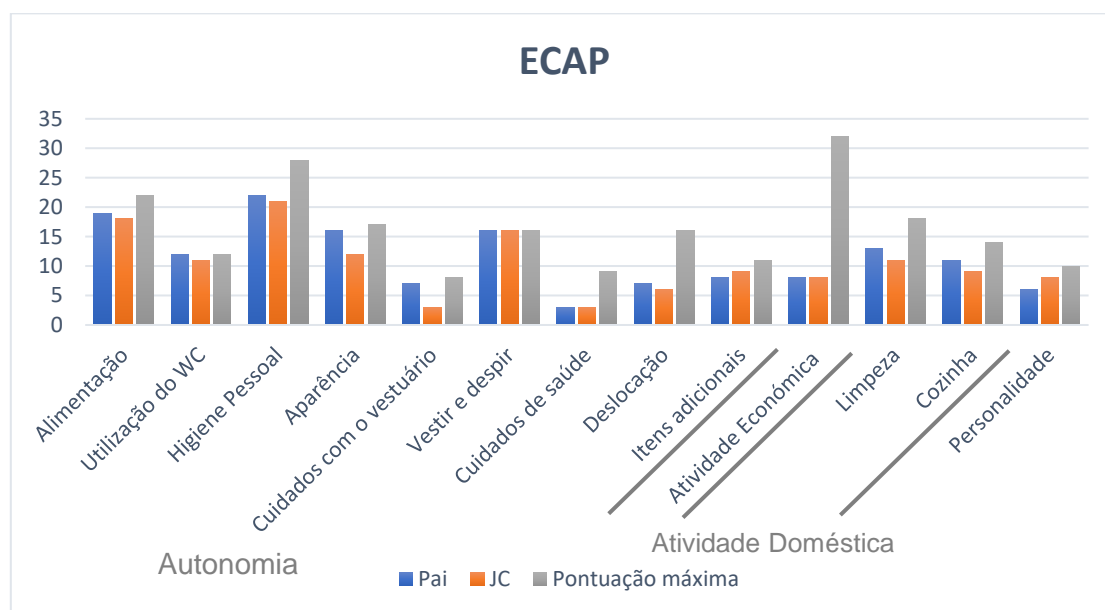


Gráfico 19 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos à J.C e ao Pai, obtidos na avaliação inicial

No gráfico 19, foi possível observar que os resultados da J.C e do pai desta, foram bastante semelhantes em todos os domínios. No entanto, os valores da J.C apresentaram-se maioritariamente abaixo dos valores apresentados pelo pai. Sendo a categoria da Aparência e dos Cuidados Pessoais onde se observou mais essa diferença.

Relativamente ao Domínio da Autonomia, o subdomínio que apresentou uma pontuação mais baixa, foi a Deslocação, em que a J.C apresentou uma pontuação de 6 e o pai de 7, sendo a pontuação máxima de 16. Constatou-se que a J.C não se deslocava sozinha e de forma autónoma, sendo o pai que se encarregava de fazer o transporte da J.C. Verificou-se que as categorias de Utilização do WC, de Vestir e

despir, e dos Itens adicionais apresentaram valores iguais ou muito próximos da pontuação máxima correspondente.

No Domínio da Atividade Económica, verificou-se que esta foi a área mais fraca da J.C, uma vez que foi o domínio que se encontrava mais baixo, comparativamente à pontuação máxima. Constatou-se, através do preenchimento do instrumento, que a J.C não realizava a gestão do seu próprio dinheiro e não realizava compras pessoais ou para a casa.

No que diz respeito ao Domínio da Atividade Doméstica, verificou-se que as pontuações se encontraram relativamente próximas das pontuações máximas das respetivas categorias. A J.C mencionou que participa e ajuda o pai nas tarefas da casa, limpa o seu próprio espaço e os espaços comuns. No entanto, não participa no tratamento da roupa e não realiza a preparação das refeições.

Por fim, no Domínio da Personalidade a J.C apresentou boas pontuações, comparativamente com a pontuação máxima. Estes resultados evidenciaram uma boa iniciativa e execução das tarefas, no entanto, estes ainda podem ser melhorados.

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

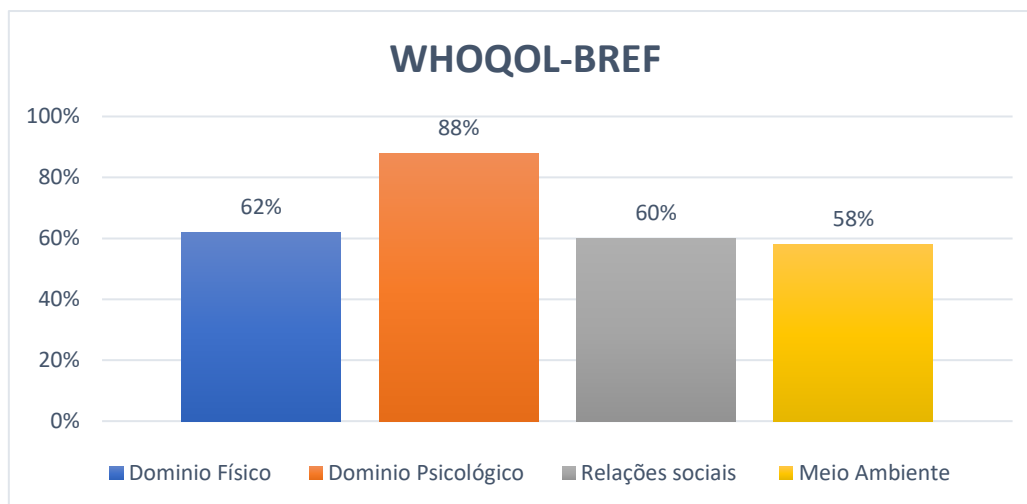


Gráfico 20 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial

Relativamente aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, na questão “Como avalia a sua qualidade de vida?” a J.C selecionou “Nem boa, nem má”, que corresponde a uma cotação de 3. Avaliou com a mesma cotação a questão “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”, correspondendo a “Nem satisfeito, nem insatisfeito”. Após a realização dos cálculos necessários, a J.C obteve o Domínio Psicológico como o domínio mais forte, com uma pontuação de 88%. Nos domínios Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente obteve uma pontuação muito semelhante entre eles. Sendo o Meio Ambiente o que obteve uma pontuação mais baixa, de 58%.

É importante realçar que a J.C avaliou a sua mobilidade como “muito má” e à questão “Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?” selecionou a opção “muito insatisfeito”. Quando lhe perguntado “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades, a J.C selecionou “nada”, correspondendo a uma cotação de 1.

4.3. Plano de intervenção

Através da recolha de informação proveniente da observação, dos objetivos da instituição, da orientação do Psicomotricista Diogo Lima, da Psicomotricista Mafalda Príncipe e dos resultados dos instrumentos de avaliação, de forma a orientar a intervenção, foram estipulados os objetivos apresentados na tabela abaixo.

Tabela 13 - Objetivos de intervenção do Acompanhamento Individual I

<i>Autonomia</i>	Trabalhar o conhecimento e autonomia nas AVD's
	Desenvolver uma rotina de cuidados de higiene pessoal
	Promover os cuidados com a aparência
<i>Atividade Económica</i>	Trabalhar a utilização do dinheiro
	Promover a realização de compras pessoais e para a casa
<i>Atividade doméstica</i>	Desenvolver a participação nas tarefas de limpeza e arrumação do próprio espaço e dos espaços comuns da casa
<i>Desenvolvimento pessoal</i>	Estimular a autoconfiança e a autoestima
	Estimular a participação e a capacidade de iniciativa
	Promover a responsabilização nas suas tarefas
	Promover um maior bem-estar e qualidade de vida

Para trabalhar os objetivos definidos a estagiária optou por realizar atividades dinâmicas com materiais construídos por esta, como cartões com as etapas do banho ou de outras tarefas de higiene e de limpeza, e com materiais do dia a dia, como os pensos higiénicos. Não foram realizadas sessões na comunidade, uma vez que não foi autorizado pelo familiar de referência da utente.

4.4. Sessões e contexto de intervenção

As sessões de intervenção com a J.C tiveram uma duração de 50 minutos e eram realizadas uma vez por semana.

A intervenção teve uma duração de 4 meses. Assim, fez um total de 15 sessões previstas, já excluindo os períodos em que o fórum estaria fechado para férias, sendo que das quais apenas 13 foram realizadas. As restantes 2 sessões não ocorreram devido a faltas da utente.

As sessões seguiram uma estrutura idêntica. Estas iniciavam com um diálogo inicial, em que era feita uma breve revisão da sessão anterior, a utente tinha espaço para partilhar algo com a estagiária e era apresentada a sessão, estrutura e objetivos desta. De seguida, eram realizadas 2 ou 3 atividades, dependendo da duração de cada uma. Por fim, realizava-se o diálogo final, em que era feita uma revisão da sessão, em que a utente partilhava o que mais gostou e o que menos gostou, maiores dificuldades e onde se sentiu mais confortável e sugestões de atividades para as próximas sessões. Encontram-se em anexo exemplos de um plano de sessão e de um relatório de uma sessão do Acompanhamento Individual I (Anexo 9 e Anexo 10).

As sessões de acompanhamento individual com a J.C decorreram na sala de convívio do FSO, uma vez que estas sessões decorriam simultaneamente com outra atividade, em que a J.C não participava, esta sala estava disponível. Esta tinha uma mesa redonda, uma mesa com um computador, um sofá e um pequeno espaço livre para a realização de atividades mais dinâmicas.

É importante referir que o pai da J.C a apoiava na realização das tarefas em casa e comunicava regularmente com a equipa, facilitando o trabalho desenvolvido com a J.C.

Tabela 14 - Cronograma das sessões de Acompanhamento individual I

Fevereiro	Março	Abril	Mai
7	7	4	2
14	14	11	9
21	21	18	16
28	28	25	23
			30
Apresentação e anamnese			
Avaliação			
Intervenção			
Interrupção das atividades do FSO			
A utente faltou			

4.5. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação inicial, comparativamente aos da avaliação final, e ainda a discussão destes resultados.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

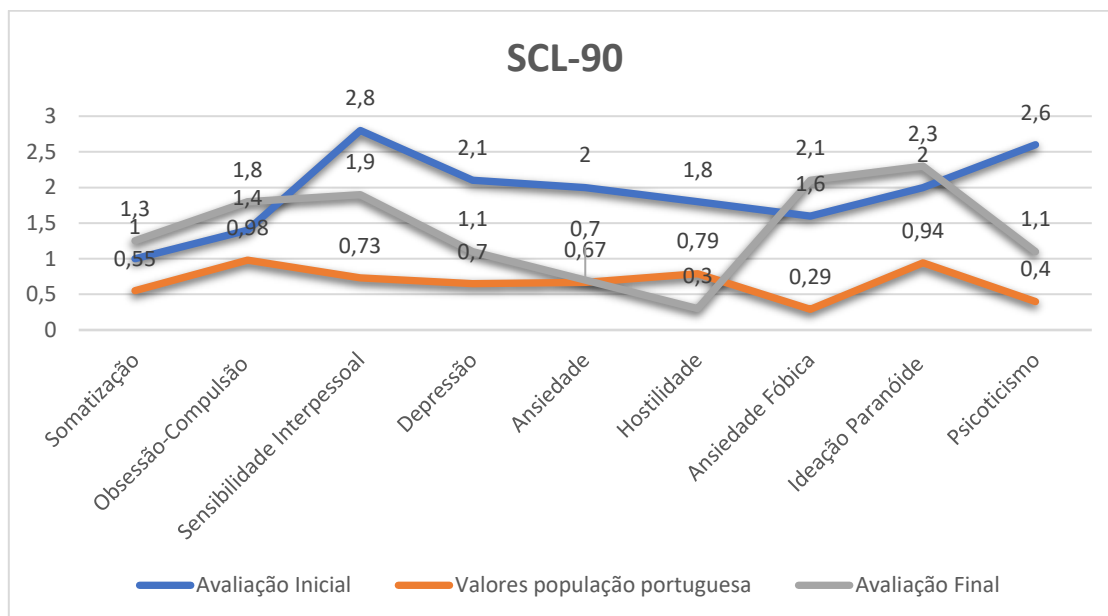


Gráfico 21 - Média das dimensões do SCL-90, relativa ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

	Av. Inicial	Av. Final
Índice Geral de Sintomas	1,9	1,3
Nº Sintomas Positivos	75	62
Índice de Sintomas Positivos	2,3	1,9

Tabela 15 - Valores calculados do IGS, NSP e ISP da avaliação inicial e da avaliação final, obtidos através do instrumento SCL-90 - Acompanhamento Individual I

Relativamente aos resultados da SCL-90-R, através do gráfico 21, verificou-se que a frequência dos sintomas de sensibilidade-interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e psicoticismo diminuiu. Sendo que o sintoma que apresentou uma maior diminuição da frequência, entre os dois momentos de avaliação, foi a hostilidade e o psicoticismo. É importante mencionar que a diminuição da ansiedade foi um dos objetivos da intervenção e, tal como referido por Probst (2010), a Psicomotricidade apresenta resultados positivos relativamente à gestão da ansiedade.

Ao comparar estes valores com os valores da média e desvio padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa por Batista (1993, cit in Lavado, 2008), verificou-se que os sintomas de Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo mantiveram-se acima do valor limite (média +

desvio padrão). Por outro lado, a Somatização e a Obsessão-compulsão, passaram a estar acima do valor limite, o que não se verificou na avaliação inicial. A Ansiedade, que na avaliação inicial se encontrava acima do valor limite, na avaliação final ficou abaixo deste valor e, também a Hostilidade, na avaliação inicial acima do valor limite, na avaliação final apresentou um valor abaixo da média encontrada para a população portuguesa.

Relativamente aos índices adicionais, apresentados na tabela 18, verificou-se uma diminuição em todos eles.

Estes resultados podem não estar associados apenas à intervenção individual, uma vez que a J.C participou também na atividade de Competências Socioemocionais e de Psicomotricidade. Na atividade de Competências Socioemocionais são trabalhados os domínios intrapessoal, como a autoconsciência e a autogestão, e o domínio interpessoal, associado à consciência social e às competências de relacionamento, de forma a promover um melhor funcionamento do indivíduo e desenvolver atitudes e comportamentos para lidar com adversidades do quotidiano (Beauchamp & Anderson, 2010; CASEL, 2015). Na atividade de Psicomotricidade, em que a J.C também participou, eram utilizadas técnicas expressivas e de relaxação, que segundo Malchiodi (2005) e Martins (2001a), promovem a resolução de problemas e de conflitos emocionais, a autoconsciência, o aumento da autoestima, a consciencialização corporal e a redução da ansiedade. Por isso, estes resultados podem também dever-se à participação nestas atividades.

Contrariamente, verificou-se um ligeiro aumento dos sintomas de Somatização, Obsessão-compulsão, Ansiedade fóbica e Ideação suicida. No entanto, apesar de estes não integrarem os objetivos da intervenção, a variação destes valores, entre a avaliação inicial e a avaliação final, foi mínima, comparativamente à variação dos valores dos sintomas que apresentaram melhorias.

Escala de Autodeterminação

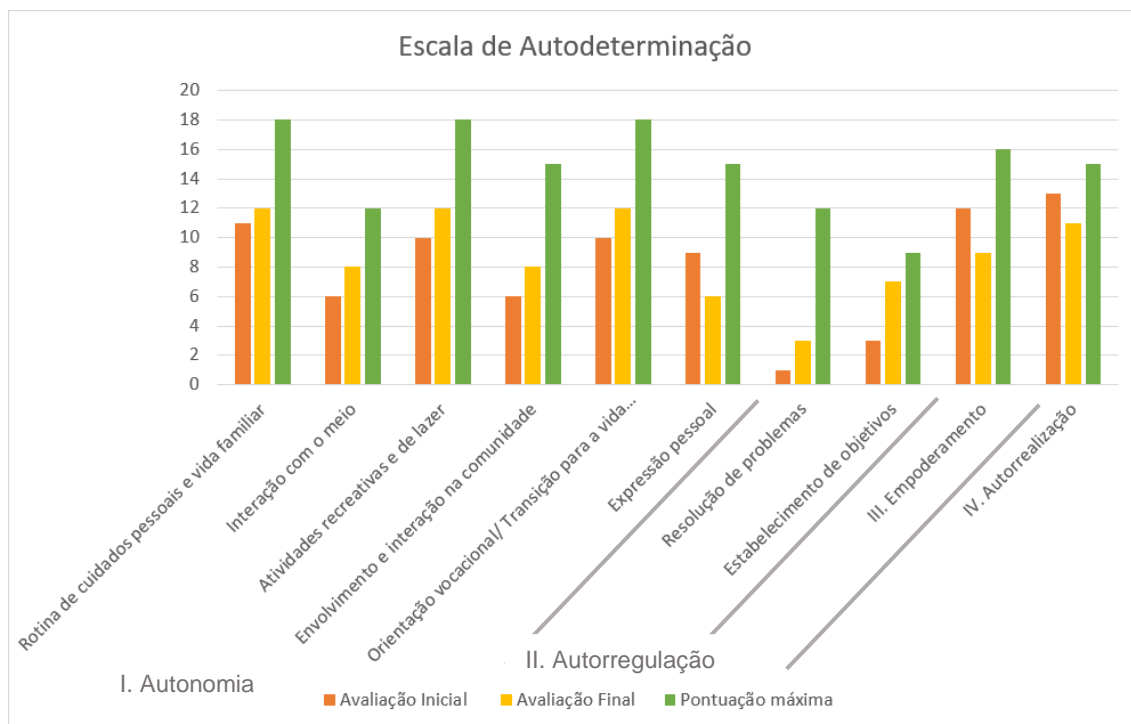


Gráfico 22 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

Após a intervenção em acompanhamento individual, os resultados apresentados no gráfico 22 evidenciaram evoluções positivas na autodeterminação da J.C. Entre os dois momentos de avaliação, verificaram-se melhorias na maioria dos subdomínios da Autonomia, à exceção da “expressão pessoal”, em que se observou um decréscimo. No entanto, a expressão pessoal foi também a subcategoria da autonomia menos trabalhada nas sessões de intervenção. Estes resultados corroboram a importância de trabalhar a autonomia e a independência nos indivíduos com perturbação psiquiátrica na comunidade, uma vez que estas, tal como defendido por Saraiva e Cerejeira (2014), vão promover a inclusão social e a minimização dos sintomas e dificuldades associadas à perturbação. Relativamente à secção da Autorregulação foram evidenciadas melhorias na capacidade de resolução de problemas e de estabelecimento de objetivos. Este último subdomínio foi onde se verificou uma maior variação entre os dois momentos de avaliação. Apesar de estes não terem sido trabalhados diretamente na intervenção em contexto individual, foram trabalhados na atividade de Competências socioemocionais. Com isto, estes resultados mostram a importância de trabalhar estes aspetos em indivíduos com esquizofrenia, uma vez que a dificuldade de resolução de problemas, de planeamento e de estabelecimento de objetivos são características desta população (Aebi, et al., 2014; Lipskaya, et al., 2011; Nakanishi, et al., 2007). Por outro

lado, nas secções de Empoderamento e Autorrealização, observou-se uma diminuição da pontuação, possivelmente devido ao facto da intervenção não se focar tanto nestes domínios.

Estes revelam a importância de trabalhar a autodeterminação em indivíduos com esquizofrenia, uma vez que estes, quando comparados com indivíduos sem nenhuma perturbação, mostram-se menos motivados para se tornarem autónomos e uma menor capacidade para tomar decisões (Cooper, Lavaysse, & Gard, 2015).

Escala do Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa

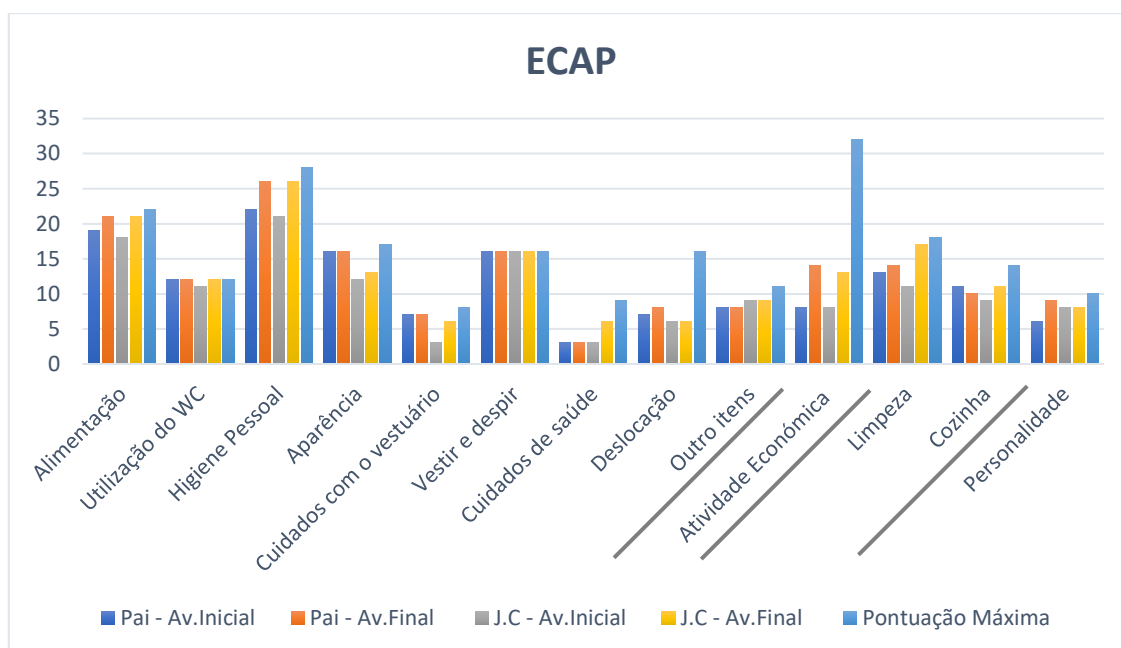


Gráfico 23 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos à J.C e ao Pai, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

Ao analisar o gráfico 23, verificou-se que os resultados da J.C, comparativamente aos resultados do pai da utente, apresentaram-se muito semelhantes. O Domínio da Atividade Económica, na avaliação final, continuou a ser a área mais fraca, em que os resultados se apresentavam mais distantes da pontuação máxima.

Relativamente ao Domínio da Autonomia, não se verificou nenhum decréscimo dos resultados, da avaliação inicial para a avaliação final. No entanto, observaram-se poucas melhorias, em que os resultados se mantiveram iguais ou, os que aumentaram, foi uma ligeira diferença. A Higiene Pessoal foi a categoria da Autonomia em que se verificou um maior aumento das pontuações, tanto nos resultados da J.C como nos do pai. Este foi um dos objetivos do plano de intervenção e dos mais trabalhados nas sessões. Na Aparência, os resultados do pai mantiveram-se iguais entre as duas

avaliações, no entanto, os resultados da J.C evidenciaram um ligeiro aumento. Este resultado pode estar associado a um aumento de autoestima e da satisfação relativamente à sua aparência, também estes objetivos desta intervenção, trabalhados nas sessões, não diretamente, mas implícitos através dos temas e atividades. Estes corroboram a importância de trabalhar a autonomia nestes indivíduos, uma vez que, segundo Caballo (2007), estes tendem a negligenciar a importância dos cuidados pessoais, como por exemplo os cuidados ao nível da higiene pessoal e a realização das tarefas diárias. Também o facto de os resultados da J.C se encontrarem mais idênticos aos resultados do pai, em vez de abaixo destes, podendo evidenciar uma subvalorização das suas capacidades, pode estar associado a esse aumento de autoestima e satisfação consigo própria. Ao trabalhar as questões ao nível da higiene e aparência é trabalhada também a imagem corporal e o aumento da autoestima que, segundo Probst e Vliet (2005), são objetivos importantes da psicomotricidade ao trabalhar com indivíduos com perturbações mentais. Na categoria da Deslocação, esta não foi trabalhada em sessão, uma vez que o pai não estava disponível para tal e não autorizou. No entanto, do ponto de vista do pai, verificaram-se melhorias a este nível, talvez associados a uma maior confiança do pai na J.C, pois este tem muito receio que a filha se perca.

No que se refere ao Domínio da Atividade Económica, foi onde se verificaram mais melhorias. Este foi também um dos objetivos da intervenção e trabalhados em sessão. Segundo os resultados do pai e da J.C, na avaliação inicial, esta não realizava compras, correspondendo a uma cotação de 0, e, na avaliação final, aumentou para uma cotação de 3, correspondendo a “Faz compras menores sem ajuda”. Estes resultados estão em concordância com o estudo de Borrás e seus colaboradores (2007), que mostrou que indivíduos com perturbação mental apresentam dificuldades ao nível da gestão do dinheiro e que se torna essencial trabalhar as questões de utilização e gestão do dinheiro, de forma a promover um melhor funcionamento e autonomia do indivíduo .

Relativamente aos resultados do Domínio da Atividade Doméstica, estes apresentaram poucas diferenças, entre os dois momentos de avaliação. Observaram-se melhorias na Limpeza da Cozinha, no entanto, nos resultados do pai, observou-se um ligeiro decréscimo.

Por último, no Domínio da Personalidade, os resultados da J.C mantiveram-se iguais entre as duas avaliações. Nos resultados do pai observou-se um aumento e mencionou uma melhoria na iniciativa da J.C. Estimular a participação e a iniciativa da

J.C foi um dos objetivos trabalhados nas sessões. Sendo a falta de motivação e de iniciativa para a realização das tarefas uma característica associada ao diagnóstico de esquizofrenia (APA, 2013; Pinho, et al., 2018), estes resultados mostram que estas devem ser trabalhadas com estes indivíduos, de forma a promover a autonomia nas tarefas.

WHOQOL -Bref

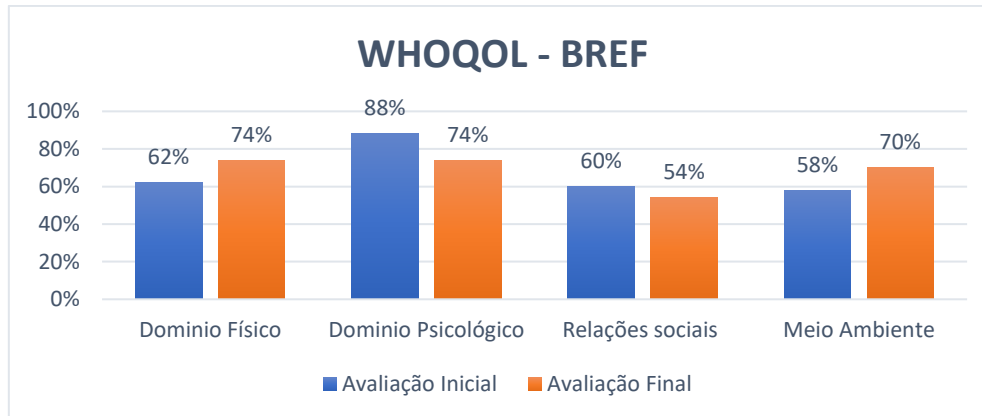


Gráfico 24 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final

No que diz respeito aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, à questão “Como avalia a sua qualidade de vida?”, na avaliação inicial, a J.C selecionou a resposta “Nem boa, nem má”, correspondendo a uma cotação de 3, e, na avaliação final, aumentou para uma cotação de 5, correspondendo à resposta “Muito Boa”. À questão “Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?”, na avaliação inicial, selecionou a resposta “Nem satisfeito, nem insatisfeito”, que corresponde a uma cotação de 3, e, na avaliação final, aumentou para uma cotação de 5, correspondendo à resposta “Muito satisfeito”.

Ao comparar os resultados dos dois momentos de avaliação, verificou-se um aumento da satisfação nos domínios Físico e Meio Ambiente. No entanto, o mesmo não se verificou nos domínios Psicológico e Relações Sociais, que apresentaram uma diminuição da satisfação. Estes resultados no domínio Psicológico, podem estar relacionados com o aumento da frequência dos sintomas de Somatização, Obsessão-compulsão, Ansiedade fóbica e Ideação paranoide, verificado através do SCL-90r. Apesar destes resultados não terem sido esclarecedores, parece crucial a promoção da qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia. Tal como defende um estudo de Pinho, Pereira e Chaves (2017), constituído por 282 participantes com diagnóstico de esquizofrenia, que teve como objetivo a avaliação da qualidade de vida de indivíduos portugueses com este diagnóstico e relacioná-la com aspetos sociodemográficos e

clínicos. Este estudo evidenciou a baixa percepção da qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia e que quanto maior a idade pior a percepção da qualidade de vida. Os autores defenderam a importância de uma atividade ocupacional na qualidade de vida destas pessoas, assim como a sua inserção, de forma apoiada, na comunidade. Assim, os autores concluíram que é crucial o desenvolvimento de atividades que promovam a autonomia, a ocupação, o acompanhamento precoce e a inserção na comunidade do indivíduo com esquizofrenia, de forma a promover a qualidade de vida e bem-estar deste ou, pelo menos, para prevenir a degradação desta (Pinho, et al., 2017).

Atividades complementares

No decorrer deste estágio, para além das atividades desenvolvidas no âmbito deste, como a dinamização da atividade de Psicomotricidade e de Competências Socioemocionais e o acompanhamento de dois casos individuais, foram desenvolvidas pela estagiária outras atividades complementares, tais como:

Observação das atividades do FSO: a estagiária teve oportunidade de participar, enquanto observadora nas atividades de Estimulação Cognitiva, Atividades da Vida Diária, Desenvolvimento Pessoal, Sexualidade e Saúde Mental, Teatro e Expressão Musical.

Acompanhamento dos utentes à atividade de Hidroginástica: Semanalmente, a estagiária fazia a deslocação com os utentes do fórum até ao Complexo de Piscinas do Alvito e, no final, o percurso de volta ao fórum. Para esta atividade, era necessário apanhar um autocarro e fazer ainda um percurso a pé. Enquanto os utentes participavam na atividade, a estagiária ficava nas bancadas da piscina a observar.

Acompanhamento dos utentes nas visitas culturais e sociais: Ao longo do ano de estágio, foi possível acompanhar os utentes em diversas visitas, como a ida ao circo, cinema, exposições no Museu Calouste Gulbenkian, feira de natal *Wonderland*, festa de natal da ARIA, Conferência *Mind Up* “Falar do que não se fala”, Caminhada pela Saúde Mental, Conferência “O que de verdade importa”.

Participação na atividade de Atelier de Arte: semanalmente, a estagiária participava na atividade de Atelier de Artes, apoiando os utentes na realização das atividades. Nesta atividade, a estagiária não transmitia conhecimentos de artes aos utentes, mas tinha oportunidade de desenvolver com os utentes as capacidades relativas à praxia fina, como por exemplo, o manuseamento da tesoura, a pega do lápis ou a precisão do movimento manual.

Participação na atividade de Biodanza: Semanalmente, a estagiária participava ativamente na atividade de Biodanza, realizando as atividades com os utentes. Com esta atividade, a estagiária teve oportunidade de desenvolver a relação com os utentes, uma vez que esta utilizava atividades que, através do movimento, promoviam o toque, a transmissão de afeto, como abraços ou um sorriso, e, especialmente, atividades que promovam a relação com o outro.

Dinamização da atividade de Estimulação cognitiva: Quando necessário, devido à ausência da Terapeuta Ocupacional ou quando esta estava envolvida noutras funções,

a estagiária dinamizava a atividade de Estimulação Cognitiva. Esta consistia na realização de fichas com exercícios cognitivos, planeadas pela Terapeuta Ocupacional, e a correção conjunta destes.

Substituição de técnicos/ colaboradores externos: Quando, por algum motivo, o técnico/ colaborador externo faltava e não havia quem dinamizasse essa atividade a estagiária fazia a substituição, com uma atividade improvisada, como um *quiz* ou uma dinâmica de grupo.

Reuniões de grupo no FSO de Lisboa: Semanalmente, todas as segundas-feiras, a equipa técnica, os utentes e a estagiária reuniam-se para apresentar o programa de atividades para a semana, divulgar eventos futuros, fazer o registo das presenças das atividades exteriores da semana anterior, apresentar sugestões e discutir outras questões pertinentes.

Reuniões de equipa: Semanalmente, era realizada uma reunião com a equipa técnica e a estagiária com o objetivo de discutir diversos assuntos, nomeadamente a discussão de casos de utentes, assuntos relacionados com o programa de atividades ou com o funcionamento geral do fórum.

ARIA Goumert: Este é um projeto do FSO de Lisboa, em que nos meses de novembro, dezembro e janeiro, os utentes realizavam a confeção e venda de produtos alimentares, como por exemplo, licores, compotas, marmelada ou azeites aromatizados. A estagiária, juntamente com a Terapeuta Ocupacional Vanessa Santiago, orientou os utentes na confeção dos produtos e no embalamento destes.

Treinos futebol: Todos os anos a ARIA organiza um torneio de futebol entre todas as suas valências. A estagiária ficou responsável pelos treinos de futebol, que decorriam uma vez por semana, durante cerca de um mês.

Peddypaper por Belém: A estagiária fez o planeamento de um *peddypaper* por Belém, com o objetivo de trabalhar a orientação, a capacidade de raciocínio e o trabalho em grupo. Este decorreu numa manhã, seguido de um almoço-convívio com o grupo. O formulário criado para este *peddypaper* encontra-se em anexo (Anexo 14).

Manual de Promoção de Competências Socioemocionais: Houve ainda a oportunidade de a estagiária desenvolver um Manual de Promoção de Competências Socioemocionais, pensado para adultos com perturbação mental. Este é dividido em duas partes, na primeira parte é apresentado o enquadramento do tema e, na segunda, é feita a descrição da estrutura e organização do manual e a apresentação das sessões

de intervenção. Para cada uma das sessões, são apresentados os objetivos, materiais necessários, o guia da sessão, com exemplos de abordagens e notas para o técnico.

Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação: Para além do manual, a estagiária criou ainda um instrumento de avaliação das competências socioemocionais, através da tradução e adaptação do instrumento proposto pela CASEL, o *Student self-report of social emotional competence* (Anexo 15).

Todas estas atividades, direta ou indiretamente relacionadas com o estágio, foram essenciais para o desempenho da estagiária, uma vez que a participação nestas promoveram a relação entre a estagiária e os utentes, assim como com a estagiária e a equipa técnica. Para além disso, a participação nestas atividades ajudou a perceber melhor o funcionamento de um FSO e o papel do psicomotricista nesta instituição.

Conclusão

A unidade curricular de Atividades de Aprofundamento das Competências Profissionais, inserida no Mestrado em Reabilitação Psicomotora, tinha como objetivo o desenvolvimento da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de intervenção psicomotora e, ainda, a promoção da capacidade de reflexão do estagiário relativamente às vertentes científicas e metodológicas do processo de intervenção na população com deficiências/perturbações.

Para a concretização destes objetivos, foi indispensável a pesquisa e procura de informação relativamente a cada uma das áreas de intervenção, assim como às abordagens e técnicas utilizadas para a população em intervenção. Através deste estágio pode-se constatar também a importância da psicomotricidade na promoção das competências socioemocionais em indivíduos com perturbação psiquiátrica.

Na atividade de psicomotricidade, a falta de motivação era mais evidente, comparativamente com as outras atividades, talvez por esta implicar a deslocação do FSO ao pavilhão e de esta ter uma componente mais física e de movimento. Apesar dessa falta de motivação de alguns utentes, os resultados foram positivos e evidenciaram melhorias em todos os objetivos propostos no plano de intervenção. Na atividade de Competências Socioemocionais, verificou-se uma boa adesão dos utentes e uma participação ativa de grande parte do grupo. Os resultados mostraram que é crucial intervir ao nível destas competências em indivíduos com perturbação mental, uma vez que promovem a adaptação destes às exigências da sociedade de forma a ajustar-se às necessidades complexas da vida em comunidade. Através dos resultados foi possível verificar que os objetivos propostos no plano de intervenção foram cumpridos. No acompanhamento individual com a J.C, os resultados mostraram que a psicomotricidade pode ser benéfica ao nível da promoção da autonomia de indivíduos com perturbação mental, com efeitos benéficos também ao nível da sintomatologia desta. As melhorias observadas podem estar relacionadas com o facto de a utente se mostrar motivada e empenhada em trabalhar as questões de autonomia com a estagiária e podem também estar relacionadas com a disponibilidade de o pai colaborar neste sentido e ajudar a J.C, nas questões de autonomia, em casa. No entanto, os resultados não se mostraram conclusivos relativamente aos benefícios da intervenção na perceção da qualidade de vida. Por outro lado, o acompanhamento individual com a AL não evidenciou melhorias, sendo que os resultados foram muito semelhantes entre os dois momentos de avaliação e foram poucos os objetivos cumpridos. A utente, apesar

de inicialmente ter concordado com este acompanhamento e de concordar com a necessidade de trabalhar os objetivos propostos, não se mostrou motivada e empenhada nas sessões. Este comportamento não era evidente apenas neste acompanhamento, mas em todas as atividades do fórum. A utente não mostrou adesão ao programa de atividades, apresentava frequentes comportamentos de fuga e de oposição, sendo estes conhecidos por toda a equipa técnica, o que pode justificar os resultados obtidos. No decorrer da intervenção, a falta de motivação de alguns utentes para as atividades era frequente. Por isso, foi importante incentivar, valorizar e reforçar a participação ativa destes, de forma a que estes ganhem uma maior confiança e segurança em si mesmos e nas suas ações.

Inicialmente, a oportunidade de estagiar numa instituição como a ARIA, criou em mim elevadas expectativas, na medida em que sentia uma grande curiosidade relativamente a esta população e às áreas de intervenção desenvolvidas nesta instituição. Esta oportunidade deixou-me também com alguns receios e inseguranças, uma vez que seria uma população e um contexto de intervenção completamente distintos das experiências anteriores, todas elas ligadas à infância. No entanto, estas inseguranças não me intimidaram e levaram-me a reconhecer que esta oportunidade seria ainda mais enriquecedora, pois o estágio seria o momento ideal para ter novas experiências e a ARIA poderia ser uma instituição com elevado potencial para o desenvolvimento da psicomotricidade e das minhas competências, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Após a conclusão deste 2º ano de mestrado é possível dizer que as expectativas iniciais foram superadas. Este estágio na ARIA permitiu que os meus receios e inseguranças se desvanecessem, deixando-me mais segura de mim e das minhas competências, tanto profissional como a nível pessoal.

A nível profissional, enquanto psicomotricista, foi possível desenvolver a capacidade de procura e utilização de instrumentos de avaliação, de acordo com a população em intervenção, o planeamento das sessões, a procura, idealização e adaptação das atividades às características dos indivíduos e a criação de materiais. Foi possível desenvolver ainda a capacidade de observação e interpretação de sinais e comportamentos que o indivíduo expressa na sessão, sendo este um aspeto importante em saúde mental. Com este estágio, foi possível verificar que o papel do psicomotricista, num FSO, vai muito para além da dinamização da sessão de psicomotricidade e das questões relativas a esta, assumindo também um papel importante enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, nas questões relativas ao funcionamento do fórum e à gestão dos casos pelos quais é responsável. O trabalho e a cooperação com a restante

equipa técnica tem um papel fundamental no processo de intervenção, é necessária a constante comunicação e transmissão de situações que vão decorrendo no dia-a-dia.

Com este estágio foi possível perceber que o trabalho do psicomotricista, enquanto técnico de reabilitação psicossocial, não se restringe apenas à intervenção psicomotora propriamente dita e que vai muito para além disso. Este envolve também o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas da área de Reabilitação Psicossocial, como o desenvolvimento de Planos Individuais de Reabilitação e o acompanhamento e orientação do utente para a concretização dos seus objetivos e planos de vida. Com isto, foi possível concluir que a psicomotricidade tem um papel importante no processo de reabilitação do utente, uma vez que, tal como a reabilitação psicossocial, defende que a aprendizagem e o desenvolvimento são determinados pela relação afetiva com o outro e ocorrem através da experiência, de modo que para a promoção do desenvolvimento devem ser considerados os aspetos cognitivos, sociais, psicomotores e psicoafectivos.

Também a nível pessoal se verificaram ganhos e aprendizagens. Com este estágio foi possível refletir sobre o estigma associado à perturbação mental e a constante desvantagem associada a esta, enfatizando a importância da visão holística do ser humano, não só na atividade profissional, mas também na vida pessoal. A transmissão de aprendizagens não ocorreu apenas da estagiária para os utentes, o contrário também se verificou. Os utentes mostraram como é possível viver com uma perturbação mental, que esta não deve ser um impedimento para a concretização de objetivos e que eles também têm valor na sociedade.

A estagiária deparou-se também com algumas dificuldades. Ao nível da amostra, sendo que este é um grupo aberto em que ocorrem várias admissões e saídas do FSO ao longo do ano e, uma vez que as presenças nas atividades não são de carácter obrigatório, o grupo varia de sessão para sessão, sendo este um fator condicionante na intervenção. O grupo revelou-se também muito heterogéneo quanto às dificuldades, nível de motivação e capacidade de participação de cada utente, o que dificultou o planeamento das atividades. Ao nível das condições do contexto de intervenção da psicomotricidade, este era um pavilhão de grande dimensão, em que os espaços estavam divididos por um lençol, o que dificultava na comunicação com os utentes. Este era também um espaço muito frio, especialmente no inverno, o que diminuía a motivação e adesão dos utentes para a intervenção, para além de que tornava a atividade de relaxação, no final de cada sessão, mais desconfortável. O reduzido tempo

de intervenção, especialmente nos acompanhamentos individuais, uma vez que as sessões de intervenção começaram já atrasadas, pode também ter sido uma limitação ao nível dos resultados observados.

Futuramente, e tendo em conta os resultados obtidos e a experiência da estagiária ao longo deste ano, seria importante continuar o trabalho que este estágio iniciou. Para isso, sugere-se a utilização e melhoria, caso haja essa necessidade, do manual de intervenção desenvolvido, assim como da tradução e adaptação do instrumento de avaliação. Aconselha-se um período de intervenção mais longo, de forma a perceber se o curto período de intervenção foi um motivo da pouca evidência dos resultados conseguidos. Sugere-se também, a realização de um grupo focal, especialmente na atividade de Competências Socioemocionais, no início e no final da intervenção. Na avaliação da psicomotricidade, aconselha-se a que a GOC seja preenchida também pelo técnico de referência, para além da estagiária, de forma a não ter apenas uma perspetiva.

Em jeito de conclusão, considera-se que foram cumpridos os objetivos inicialmente propostos. Estes permitiram um conjunto de aprendizagens e experiências muito enriquecedoras e gratificantes para mim, tanto a nível pessoal como profissional. Sinto-me também muito agradecida por este estágio me ter dado outras oportunidades profissionais nesta instituição, como monitora na Residência de Treino de Autonomia e, mais tarde, no FSO de Lisboa, enquanto psicomotricista. Terminei este estágio com o sentimento de dever cumprido, com o desejo de aprender mais e melhorar continuamente a minha prática profissional.

Referências

- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417–428. doi: 10.3109/09540261.2010.515205
- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 142–150. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.028
- Adelufosi, A. O., Adebowale, T. O., Abayomi, O., & Mosanya, J. T. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 34(1), 72-79. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.09.001
- Aebi, M., Giger, J., Plattner, B., Metzke, C. W., & Steinhausen, H. C. (2014). Problem coping skills, psychosocial adversities and mental health problems in children and adolescents as predictors of criminal outcomes in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(1), 283–293. doi: 10.1007/s00787-013-0458-y
- Albornoz, A. C. G., & Bandeira, D. R. (2010). Eventos de Vida: Investigações sobre a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 489-497.
- Almeida, Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., . . . Silva, J. (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*: NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. doi: [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BJM*, 345, e8508. doi: 10.1136/bmj.e8508
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington DC.
- APP. (s.d.). Psicomotricidade: Práticas Profissionais. Retrieved 17 de fevereiro, from <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Aragón, M. B. d. Q. (2007). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- ARIA. (2018). Apresentação
- ARIA. (s.d.). Quem somos. Retrieved 28/10/2018, from https://www.aria.com.pt/aria/quem_somos_instituicao.asp
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bayati, A., Beigi, A. M., & Salehi, N. M. (2009). Depression Prevalence and Related Factors in Iranian Students. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 12, 1371-1375. doi: 10.3923/pjbs.2009.1371.1375
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39–64. doi: 10.1037/a0017768
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219-226. doi: 10.1016/j.tics.2006.03.004

- Berghuis, M. (2018). Reentry Programs for Adult Male Offender Recidivism and Reintegration: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4655-4676. doi: 10.1177/0306624X18778448
- Bleuler, E. P. (1930). The Physiogenic and Psychogenic in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 87(2), 203–211. doi: 10.1176/ajp.87.2.203
- Borras, L., Mohr, S., Boucherie, M., Dupont-Willemin, S., Ferrero, F., & Huguelet, P. (2007). Patients with schizophrenia and their finances: how they spend their money. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 977-983. doi: 10.1007/s00127-007-0257-1
- Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina*, 50(1), 72-84. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel do Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *Revista a Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Bueno, J. M. (2014). *Psicomotricidade: Teoria e Prática: Da Escola à Aquática*. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=1FCaBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Burton, S. (2006). Symptom domains of schizophrenia: the role of atypical antipsychotic agents. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 6-19. doi: 10.1177/1359786806071237
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintinuno.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- Cardoso, C., Caiaffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Abreu, M., & Fonseca, J. (2005). Factores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1338-1348.
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- CASEL. (2013). CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Preschool and elementary school edition Retrieved from <http://casel.org/wp-content/uploads/2016/01/2013-casel-guide-1.pdf>
- CASEL. (2015). CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Middle and High School Edition Retrieved from <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Chan, R., Xu, T., Heinrichs, R., Yu, Y., & Wang, Y. (2010). Neurological Soft Signs in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1089–1104. doi: 10.1093/schbul/sbp011
- Chien, H. C., Ku, C. H., Lu, R. B., Chu, H., Tao, Y. H., & Chou, K. R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 228–236. doi: 10.1016/s0883-9417(03)00095-5
- Christodolou, A. (2006). Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte. *Évolutions Psychomotrices*, 18(71), 5-9.
- Cia, F., & Barham, E. (2009). O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as atividades escolares. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 67-74.
- Coelho, C. M., & Palha, A. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: CLIMEPSI.

- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.
- Contandriopoulos, A. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711.
- Cooper, S., Lavaysse, L., & Gard, D. (2015). Assessing motivation orientations in schizophrenia: Scale development and validation. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 70–78. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.013
- Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Zinsser, K. (2012). Early childhood teachers as socializers of young children's emotional competence. *Early Childhood Education Journal*, 40(3), 137-143. doi: 10.1007/s10643-012-0504-2
- Derogatis, L. R. (1983). Misuse of the Symptom Checklist 90. *Archives of General Psychiatry*, 40(10), 1152-1152. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790090114025
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 1-41). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 437–452. doi: 10.3109/09540261.2010.514601.
- Diniz, C., & Mateus, M. (2008). *Relatório de estágio 2007/2008*. Licenciatura em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado). .
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Franssen, E., Hert, M., . . . Sabbe, B. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(4), 256-265. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x
- Dollfus, S., & Lyne, J. (2017). Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 186, 3-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.024>
- Domitrovich, C., Durlak, J., Staley, K., & Weissberg, R. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Development*, 1-9. doi: 10.1111/cdev.12739.
- Epstein, J., Griffin, K., & Botvin, G. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*, 9(1), 33-39. doi: 10.1136/tc.9.1.33.
- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating violence: mental health consequences based on type of abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215-228. doi: <http://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- European Network for Social and Emotional Competence. (2019). Definition of Terms: Retrieved 08 de maio, 2019, from <http://enseceurope.org/>
- Europeias, C. d. C. (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas.
- Fagan, A. A., & Mihalic, S. (2003). Strategies for enhancing the adoption of schoolbased prevention programs: Lessons learned from the blueprints for violence prevention replications of the life skills training program. *Journal of Community Psychology*, 31(3), 235-253. doi: 10.1002/jcop.10045
- Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Freixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 285-304.

- Ferreira, J., & Bertão, A. (2017). A metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental. *Sensos-e*, 4(1), 79-87.
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., . . . Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 291-299.
- Fonseca, V. (2001). Para uma epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Âncora edições*.
- Fonseca, V., & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Frazão, A. S. (2015). *Intervenção Psicomotora com Adultos com Doença Mental no Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa*. Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado).
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodriguez, A., Burón, J. A., Rodríguez-Morales, A., & Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 34(6), 386-392
- Gogos, A., Ney, L. J., Seymour, N., Rheenen, T. E. V., & Felmingham, K. L. (2019). Sex differences in schizophrenia, bipolar disorder and PTSD: Are gonadal hormones the link? *British Journal of Pharmacology*. doi: 10.1111/bph.14584
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1980). Skill-streaming the adolescent: A structured learning approach to teaching prosocial skills. Illinois: Reseach Press Company.
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., & Borges, M. (2017). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 4(3), S13. doi: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13)
- Graham, K. T., Martin-Iverson, M. T., Holmes, N. P., Jablensky, A., & Waters, F. (2014). Deficits in Agency in Schizophrenia, and Additional Deficits in Body Image, Body Schema, and Internal Timing, in Passivity Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 5(126), 1-11. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00126
- Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), 670-672. doi: 10.1093/schbul/sbn045
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6-7), 466-474. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Guanaes, C., & Japur, M. (2018). Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 227-235. doi: 10.1590/s0102-37722005000200013
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004002005>
- Hafner, H., Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Loffler, W., . . . Stein, A. (1998). Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 99-113. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033317

- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Psychosocial Rehabilitation: Objectives, principles and values. *Revista Enfermagem UERJ*, 12, 217-221.
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 1-13. doi: 10.1186/s12991-014-0026-y
- Ishiguro, H., & Onaivi, E. S. (2017). Beyond the Kraepelinian Dichotomy of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Schizophrenia Research*, 4(1), 1032-1033.
- Jeste, D. V., Carmen, R., Lohr, J. B., & Wyatt, R. J. (1985). Did schizophrenia exist before the eighteenth century? *Comprehensive Psychiatry*, 26(6), 493-503. doi: 10.1016/0010-440x(85)90016-1
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 892-900.
- Johnson, N., Moffatt, J., Smith, K., & White, C. (2012). A guide to Early Intervention Group Therapy Retrieved from <http://rmcdc.com/wp-content/uploads/2014/11/AGuidetoEarlyInterventionGroupTherapy.pdf>.
- Jones. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s5-s10. doi: DOI: 10.1192/bjp.bp.112.119164
- Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early Social-Emotional Functioning and Public Health: The Relationship Between Kindergarten Social Competence and Future Wellness. *American journal of public health*, 105(11), 2283-2290. doi: 10.2105/ajph.2015.302630
- Kent, J. S., Hong, S. L., Bolbecker, A. R., Klaunig, M. J., Forsyth, J. K., O'Donnell, & Hetrick, W. P. (2012). Motor Deficits in Schizophrenia Quantified by Nonlinear Analysis of Postural Sway. *PLoS ONE*, 7(8), e41808. doi: 10.1371/journal.pone.0041808
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. London: Department of Health (ebook).
- Krabbendam, L., & Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169(3-4), 376-382. doi: 10.1007/s00213-002-1326-5
- Kumar, A., Nizamie, S. H., & Kumar, N. (2013). Violence against women and mental health. *Mental Health and Prevention*, 1(1), 4-10. doi: <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2013.06.002>
- Lavado, A. (2008). *Relações de vinculação em crianças com dermatite atópica*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Retrieved from <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/598/1/DM%20LAVA-A1.pdf>
- Leitão, A. I., Lombo, C., & Ferreira, C. (2008). O contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 22-24.
- Lieberman, R. P., & Martin, T. (1988). Social skills training. In R. P. Lieberman (Ed.), *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients* (pp. 147-198). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lipskaya, L., Jarus, T., & Kotler, M. (2011). Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 180-187. doi: 10.3109/11038128.2010.490879
- Llinares, M., & Rodriguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(2), 11-24.

- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais - Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,(9), 41-47.
- Lussi, I. A. O., Pereira, M. A. O., & Junior, A. P. (2006). Proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: Um Modelo de Auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies: History, Theory and Practice. In C. Malchiodi (Ed.), *Expressive Therapies* (pp. 1-15). New York: The Guilford Press.
- Mandal, M. K., Pandey, R., & Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 399-412. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033335
- Martin, B., Giersch, A., Huron, C., & Wassenhove, V. (2013). Temporal event structure and timing in schizophrenia: Preserved binding in a longer “now”. *Neuropsychologia*, 51(2), 358–371. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.07
- Martínez-Domínguez, S., Penadés, R., Segura, B., González-Rodríguez, A., & Catalán, R. (2015). Influence of social cognition on daily functioning in schizophrenia: study of incremental validity and mediational effects. *Psychiatry Research*, 225(3), 374-380. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.011
- Martinho, D. F. (2018). Intervenção Psicomotora e Saúde Mental em Adultos. *Hospitalidade*, 82(322), 27-39.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto de Saúde Mental - O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade. As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. F. R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Martins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (des)conhecemos* (pp. 219-247). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Marvel, C., Schwartz, B., & Rosse, R. (2004). A quantitative measure of postural sway deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 363– 372. doi: 10.1016/j.schres.2003.09.003
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2008). Impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525–1542. doi: 10.1111/1467-8624.00488
- McCreadie, R. G., Srinivasan, T. N., Padmavati, R., & Thara, R. (2005). Extrapyramidal symptoms in unmedicated schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 39(3), 261-266. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.08.002
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Uebelacker, L. A., Johnson, S. L., & Solomon, D. A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 732-740.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. A. (2015). Comunicação não verbal na intervenção psicomotora. In J. A. Fernandes & P. G. Filho (Eds.), *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 81-90). Copacabana: Wak Editora.
- Morrens, M., Hulstijn, W., Lewi, P., & Sabbe, B. (2008). Bleuler revisited: Psychomotor slowing in schizophrenia as part of a catatonic symptom cluster. *Psychiatry Research*, 161(1), 121–125. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.017
- Morrens, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1038–1053. doi: 10.1093/schbul/sbl051

- Nakanishi, M., Setoya, Y., Kodaka, M., Makino, H., Nishimura, A., Yamauchi, K., . . . Anzai, N. (2007). Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 495-501. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01698.x
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 1-11. doi: 10.1155/2015/650804
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da criança – Um ensaio para uma estratégia de intervenção educo-terapêutica para que a criança comece a adquirir noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- OPSS. (2014). *Relatório Primavera 2014: Saúde, síndrome de negação*. Retrieved from <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2014.pdf>.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Pedersen, D. E. (2013). Gender differences in college binge drinking: Examining the role of depression and school stress. *Social Science Journal*, 50(4), 521–529. doi: 10.1016/j.soscij.2013.03.003
- Pellegrin, J. W., & Hilton, M. L. (2012). *Education for life and work: Developing transferable knowledge and skills in the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from https://hewlett.org/wp-content/uploads/2016/08/Education_for_Life_and_Work.pdf.
- Petrucci, G., Borsa, J., & Koller, S. (2016). A Família e a Escola no Desenvolvimento Socioemocional na Infância. *Temas em Psicologia*, 24(2), 391-402. doi: 10.9788/TP2016.2-01Pt
- Pimentel, K. G. B., Silva, T. L., Pereira, F. R. A., & Souza, C. M. P. (2017). Utilização Terapêutica do Canabidiol no Tratamento da Esquizofrenia. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural*, 13(1), 25-29.
- Pinheiro, S. R. (2017). *Intervenção Psicomotora com Adultos com Perturbação Mental em Unidades Sócio Ocupacionais*. Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado). Retrieved from https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14083/100/2017_Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gio_SaraPinheiro.pdf
- Pinho, L. G., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 51, e03244. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>
- Pinho, L. G., Pereira, A., & Chaves, C. (2018). Adaptação Portuguesa da Escala de Qualidade de Vida para Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 46(1), 189-199. doi: 10.21865/ridep46.1.14
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *Revista a Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Postmes, L., Snob, H., Goedhart, S., Stel, J., Heeringd, H., & Haand, L. (2014). Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophrenia Research*, 152(1), 41–50. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.027
- Priebe, S., & Röhrich, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101(3), 289-301. doi: [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00214-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00214-1)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61238-0

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Probst, M., & Vliet, P. V. d. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*(6), 15-33.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry*, 27(8), 591-597. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.006>
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Teles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Ric, F. (2015). Social Cognition. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 22, 204-209. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.24044-0
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales MédicoPsychologiques*, 168, 114-119. doi: 10.1016/j.amp.2007.12.021
- Sabina, C., & Ho, L. Y. (2014). Campus and College Victim Responses to Sexual Assault and Dating Violence: Disclosure, Service Utilization, and Service Provision. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(3), 201-226. doi: 10.1177/1524838014521322
- Sage, I., Crosnier, M., Soppelsa, R., & Galliano, A. (2011). Préhension, adress, gnosies, praxies. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 103-129). Paris: De Boeck-Solal.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *Revista a Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Santos, S. (2000). Escala de Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(2), 103-112.
- Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S., & Morato, P. (2012). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos & P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (pp. 19-34). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285-290. doi: 10.1177/070674379704200306
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psicologia Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Serbena, C. A., & Ilkiu, F. M. (2016). Reflexão fenomenológica sobre a alucinação e seu sentido *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, 22(1), 21-26. doi: 10.0000/dialnet.unirioja.es/articulo/5562256
- Serretti, A., & Mandelli, L. (2008). The genetics of bipolar disorder: genome 'hot regions,' genes, new potential candidates and future directions. *Molecular Psychiatry*, 13, 742-771. doi: 10.1038/mp.2008.29
- Sewell, R., Perry, E., Karper, L., Bell, M., Lysaker, P., Goulet, J., . . . Krysta, J. (2010). Clinical significance of neurological soft signs in schizophrenia: Factor analysis of the Neurological Evaluation Scale. *Schizophrenia Research*, 124, 1-12. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.036
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209-223. doi: 10.1002/jclp.22011
- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 193. doi: 10.1186/s12888-015-0578-7

- Sousa, D., Pinho, L. G. d., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 91-101. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>
- Souza, & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.
- Souza, & Coutinho, E. S. (2005). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58. doi: [org/10.1590/S1516-44462006000100011](http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000100011)
- Spadini, L., & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 40(1), 123-127. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>
- Stensdotter, A., Lora, H., Fløvig, J., & Djupsjöbacka, M. (2013). Postural control in quiet standing in patients with psychotic disorders. *Gait & Posture*, 38(4), 918–922. doi: 10.1016/j.gaitpost.2013.04.017
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>
- Taft, C. T., Schumm, J. A., Marshall, A. D., Panuzio, J., & Holtzworth-Munroe, A. (2008). Family of origin maltreatment, posttraumatic stress disorder symptoms, social information processing deficits, and relationship abuse perpetration. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 637–646. doi: 10.1037/0021-843X.117.3.637.
- Tonelli, H. A., Liboni, F., & Cavicchioli, D. A. N. (2013). Programas metacognitivos com enfoque em cognição social na reabilitação da esquizofrenia: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 51-61.
- Torres, M. (2015). *A autodeterminação de adolescentes e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais*. Tese de mestrado em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado). Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/10547/1/Tese%20final%20-%20Manuel%20Torres.pdf>
- Valiengo, L., Gordon, P. C., de Carvalho, J. B., Rios, R. M., Koebe, S., Serpa, M. H., . . . Brunoni, A. R. (2019). Schizophrenia Treatment with electric Transcranial Stimulation (STARTS): design, rationale and objectives of a randomized, double-blinded, sham-controlled trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 19, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0047>.
- Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática. *revista Científica Perspetivas*, 3(11), 64-68.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 401–430. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141950
- Wehmeyer, M. L. (1995). *The Arc's Self-Determination Scale: Procedural Guidelines*. Estados Unidos da América.
- Weibel, D., Wissmath, B., Habegger, S., Steiner, Y., & Groner, R. (2008). Playing online games against computer- vs. human-controlled opponents: Effects on presence, flow, and enjoyment. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 2274-2291. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2007.11.002>
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice*. New York: Guilford.
- Werf, M. V., Hanssen, M., Köhler, S., Verkaaik, M., Verhey, F. R., Winkel, R. v., . . . Allardyce, J. (2012). Systematic review and collaborative recalculation of 133 693

- incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 44(01), 9–16. doi: 10.1017/s0033291712002796
- WHO. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- WHO. (2001). *The World Health Report: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- WHO. (2003). Social determinants of health: The solid facts. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- WHO. (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. Retrieved from <https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf>.
- WHO. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal: Organização Mundial de Saúde.
- WHO. (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. Copenhagen.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1998). *Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision*: World Health Organization.
- WHO, & UNICEF. (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR: WHO.
- Wiener, D., Andrzejewska, M., Bodnar, A., & Rybakowski, J. (2011). Disturbances of the theory of mind and empathy in schizophrenia and bipolar affective illness. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 6(2), 85–92.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., . . . Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 20(2), 97-170. doi: 10.1111/bdi.12609

Anexos

Anexo 1 –ECAP Adaptada



ESCALA DO COMPORTAMENTO ADAPTATIVO – VERSÃO PORTUGUESA

Sofia Santos e Pedro Morato, 2004

(Adaptado por Diana Casado e Mafalda Reis Príncipe, 2019)

Nome do cliente: _____

Data de Nascimento: _____

Data do preenchimento: _____

Preenchida por: _____

DOMÍNIO AUTONOMIA			
A. Alimentação			
Item 1	USO DOS UTENSÍLIOS DE MESA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Usa a faca de mesa para cortar.	7	
	Come adequadamente com faca e garfo.	6	
	Come adequadamente com colher e garfo.	5	
	Come sozinho com garfo, mas entorna parte da comida.	4	
	Come sozinho com uma colher - com asseio.	3	
	Come sozinho com uma colher, entornando parte da comida.	2	
	Come com os dedos.	1	
	Não come sozinho, tem de ser alimentado.	0	
Item 2	BEBER (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Bebe sem entornar, segurando o copo com uma mão.	3	
	Bebe por um copo sem ajuda, com asseio (uma ou duas mãos)	2	
	Bebe por um copo sem ajuda, entornando parte da bebida.	1	
	Não bebe por um copo sem ajuda.	0	
Item 3	MANEIRAS À MESA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Atira a comida.	0	1
	Engole os alimentos sem os mastigar.	0	1
	Mastiga os alimentos com a boca aberta.	0	1
	Deixa cair a comida na mesa ou no chão.	0	1
	Usa o guardanapo.	1	0
	Fala com a boca cheia.	0	1
	Tira comida do prato dos outros.	0	1

	Come demasiado rápido ou demasiado devagar.	0	1
	Brinca com os dedos na comida	0	1
Item 4	COMER EM LOCAIS PUBLICOS (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Encomenda/Escolhe refeições completas num restaurante.	3	
	Encomenda/Escolhe refeições simples.	2	
	Encomenda/Escolhe itens simples (bebidas, gelados, bolos, etc.), numa cantina/bar	1	
	Não encomenda/escolhe comida em locais públicos próprios	0	
B. Utilização da casa de banho			
Item 5	CONTROLO DOS ESFÍNCTERES (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Nunca tem acidentes.	5	
	Apenas tem acidentes à noite.	4	
	Tem acidentes durante o dia, ocasionalmente.	3	
	Tem acidentes durante o dia, frequentemente.	2	
	Sem treino do uso da casa de banho.	1	
	Não sabe utilizar a casa de banho	0	
Item 6	AUTONOMIA NA CASA DE BANHO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Baixa as cuecas na casa de banho sem ajuda.	1	0
	Senta-se na sanita sem ajuda.	1	0
	Utiliza o papel higiénico de uma forma correta.	1	0
	Puxa o autoclismo após utilização.	1	0
	Veste-se sem ajuda.	1	0
	Lava as mãos sem ajuda.	1	0
	Tem autonomia na casa de banho	1	0
C. Higiene Pessoal			
Item 7	LAVAR AS MÃOS E A CARA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Lava as mãos e a cara com sabonete e água sem que seja necessário dizer-lhe alguma coisa	1	0
	Lava as mãos só com água.	1	0
	Lava a cara só com água.	1	0
	Seca a cara.	1	0
Item 8	BANHO (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Prepara e toma o banho sem ajuda.	6	
	Lava-se e seca-se completamente, sem ajuda e sem solicitação.	5	

	Lava-se e seca-se razoavelmente, com ajudas verbais e/ou gestuais.	4	
	Lava-se e seca-se com ajuda.	3	
	Tenta ensaboar-se e lavar-se sozinho.	2	
	Coopera quando é lavado ou seco por outros.	1	
	Não consegue tomar banho	0	
Item 9	HIGIENE PESSOAL (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Cheira bem das axilas.	1	0
	Muda com regularidade a sua roupa interior.	1	0
	A pele está limpa, de forma autónoma.	1	0
	Mantém as unhas limpas, por si mesmo.	1	0
	Assoa-se sozinho.	1	0
	Penteia o cabelo sem ajuda	1	0
Item 10	LAVAGEM DOS DENTES (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Faz a higiene oral de uma forma apropriada.	6	
	Põe pasta de dentes e lava os dentes com movimentos laterais.	5	
	Lava os dentes sem ajuda, mas sem aplicar pasta de dentes.	4	
	Lava os dentes com supervisão.	3	
	Segura apenas na escova	2	
	Coopera na lavagem dos dentes.	1	
	Não faz nenhuma tentativa de lavar os dentes.	0	
	Não faz higiene oral	0	
Item suplementar para homem	BARBA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Tem iniciativa para fazer a barba	1	0
	Identifica os produtos necessários para fazer a barba (e.g. espuma de barbear, lâmina, hidratante)	1	0
	Sabe como fazer a barba	1	0
	Necessita de supervisão ao fazer a barba	0	1
a. Item suplementar para mulher	MENSTRUAÇÃO I (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Não tem menstruação	4	
	Cuida-se sozinha durante a menstruação sem ser necessário lembrá-la ou ajudá-la.	4	
	Cuida-se razoavelmente bem durante a menstruação.	3	
	Indica a necessidade de mudar de penso, mas necessita de ajuda para trocar.	2	
	Indica o início da menstruação, mas não realiza os cuidados necessários (Não identifica a necessidade de pôr/trocar o penso).	1	
	Não realiza nada relacionado com as afirmações anteriores	0	

b. Item suplementar para mulher		MENSTRUAÇÃO II (Assinale o nível mais elevado)		Cotação
Conhece e sabe utilizar tampões (Identifica as situações onde tem de utilizar tampões, p.e. em atividades aquáticas)				2
Conhece os tampões, mas não sabe usar				1
Não conhece os tampões				0
D. APARÊNCIA				
Item 11	POSTURA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não	
	A boca permanece aberta.	0	1	
	A cabeça permanece pendida.	0	1	
	A barriga encontra-se proeminente devido à postura.	0	1	
	Os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas.	0	1	
	Marcha com as pontas dos pés viradas para dentro ou para fora.	0	1	
	Marcha com os pés muito afastados.	0	1	
	Troca, arrasta ou bate os pés quando anda.	0	1	
	Anda em bicos dos pés, como forma de deslocação.	0	1	
Item 12	VESTUÁRIO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não	
	Combina as cores da roupa que usa.	1	0	
	A roupa que utiliza está sempre bem passada (não amarrotada).	1	0	
	A roupa que utiliza está sempre limpa.	1	0	
	Distingue entre sapatos de trabalho e de cerimónia.	1	0	
	Escolhe roupas diferentes para ocasiões formais e informais.	1	0	
	Utiliza roupas adequadas (casaco, botas...) às condições atmosféricas.	1	0	
	Sabe cuidar do seu vestuário	1	0	
c. Item suplementar para mulher		DEPILAÇÃO (Assinale o nível mais elevado)		Cotação
Não tem necessidade de tirar pêlos (Não tem pêlos ou, por motivos culturais, não faz a depilação)				2
Reconhece a necessidade e sabe fazer a depilação (ou procurar uma esteticista)				2
Reconhece a necessidade, mas não toma a iniciativa para se depilar				1
Não reconhece a necessidade				0
E. CUIDADOS COM O VESTUÁRIO				
Item 13	CUIDADOS COM O VESTUÁRIO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não	
	Limpa os sapatos quando necessário.	1	0	
	Arruma/Guarda a roupa nas gavetas, armário ou guarda-fato.	1	0	

	Pendura a roupa sem ser necessário dizer-lho.	1	0
	Chama a atenção para a falta de botões, buracos e/ou remendos da roupa.	1	0
Item 14	LAVAR A ROUPA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Sabe utilizar as máquinas de lavar/secar roupa sem ajuda.	4	
	Coloca a roupa na máquina de lavar/secar, iniciando-a com ajuda.	3	
	Separa a roupa com ajuda.	2	
	Não participa na tarefa da lavagem da roupa.	1	
	Não sabe lavar a roupa.	0	
F. VESTIR E DESPIR			
Item 15	VESTIR (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Veste-se sozinho.	5	
	Veste-se sozinho, apenas com reforço verbal.	4	
	Veste-se pondo todas as roupas com ajuda verbal e apertando-as (abotoando-as, correndo o fecho, etc.) com ajuda.	3	
	Veste e aperta a maioria das roupas com ajuda.	2	
	Coopera quando está a ser vestido estendendo os braços e as pernas	1	
	Tem de ser completamente vestido	0	
Item 16	DESPIR NAS ALTURAS APROPRIADAS (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Despe-se sozinho.	6	
	Despe-se sozinho, apenas com reforço verbal.	5	
	Despe-se tirando todas as roupas, desabotoando-as, com ajuda verbal.	4	
	Despe-se tirando todas as roupas, abrindo os fechos, com ajuda verbal.	3	
	Despe e desaperta a maioria das roupas com ajuda.	2	
	Coopera quando está a ser despido estendendo os membros.	1	
	Tem de ser completamente despido	0	
Item 17	SAPATOS (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Calça os sapatos sem ajuda.	1	0
	Aperta os atacadores sem ajuda.	1	0
	Desaperta os atacadores sem ajuda.	1	0
	Descalça os sapatos sem ajuda.	1	0
	Aperta e desaperta o Velcro dos sapatos.	1	0

G. CUIDADOS DE SAÚDE			
Item 18	MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Tem iniciativa para a toma da medicação, de acordo com a guia terapêutica prescrita	1	0
	Identifica sozinho quando é necessária a requisição de novas receitas médicas, realizando os procedimentos necessários para tal	1	0
	Reconhece a importância da medicação	1	0
Item 19	CONSULTA PSIQUIATRIA/PSICOLOGIA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Reconhece necessidade e marca consulta	2	
	Reconhece necessidade, mas não sabe marcar consulta	1	
	Nunca reconhece necessidade	0	
Item 20	CUIDADOS GERAIS DE SAÚDE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Sabe como tratar, de forma autónoma, de ferimentos simples (queimaduras, cortes, etc.), dores de cabeça, dores de garganta, dores musculares, etc.	1	0
	Sabe como e onde obter ajuda médica urgente (conhece o número de emergência médica, sabe deslocar-se a um serviço de urgência médica).	1	0
	Sabe marcar consultas no centro de saúde ou hospital de referência	1	0
	Sabe utilizar os serviços da farmácia	1	0
H. DESLOCAÇÃO			
Item 21	SENTIDO DE ORIENTAÇÃO (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Consegue orientar-se mesmo nos locais que desconhece (não se perde)	3	
	Vai para além de algumas ruas e edifícios conhecidos, sem se perder.	2	
	Anda pelas vizinhanças da instituição ou da casa sozinho.	1	
	Perde-se sempre que sai da sua área de residência sozinho	0	
Item 22	TRANSPORTE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Utiliza o carro como passageiro em segurança (quieto, com o cinto...).	1	0
	Anda sozinho de comboio ou autocarro em longas distâncias.	1	0
	Anda sozinho de táxi.	1	0
	Anda sozinho de transportes públicos em percursos não familiares.	1	0
	Anda sozinho de transportes públicos em percursos familiares.	1	0
Item 23	MOBILIDADE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Atravessa a estrada sozinho e em segurança.	1	0
	Pode ir/vir sozinho para o FSO/Formação/Trabalho.	1	0
	Desloca-se autonomamente para assistir a atividades de recreação (ex: filmes, jogos) sozinho.	1	0
	É portador de carta de condução	1	0

Item 24	SEGURANÇA NA COMUNIDADE (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Tem consciência dos possíveis perigos (ex: evita grandes profundidades da piscina, não aceita boleias de estranhos, usa cinto de segurança nos carros, etc.).	3	
	Obedece aos sinais de trânsito e indicações de segurança existentes.	2	
	Olha para os dois lados e espera se necessário antes de atravessar a estrada.	1	
	Não reconhece perigos possíveis	0	
I. Outros itens de Autonomia			
Item 25	TELEFONE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Utiliza a lista telefónica.	1	0
	Utiliza telefones públicos (marca o número).	1	0
	Faz chamadas de telefones privados.	1	0
	Sabe atender o telefone.	1	0
	Sabe ler mensagens no telemóvel	1	0
Item 26	VÁRIOS (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Apresenta um controlo normal do apetite, comendo com moderação.	1	0
	Conhece as franquias e compra selos nos correios.	1	0
	Vigia a sua saúde (ex: troca a roupa molhada pela seca).	1	0
Item 27	SEGURANÇA EM CASA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Pergunta se um objeto desconhecido é próprio para consumo/tocar.	3	
	É cuidadoso com os perigos dos equipamentos elétricos.	2	
	É cauteloso com a comida/bebida, pratos/panelas quentes.	1	
	Não tem consciência de possíveis perigos	0	
Total do domínio AUTONOMIA (Soma dos itens 1 – 24 e itens extra para homem/mulher)			

DOMÍNIO ATIVIDADE ECONÓMICA		
A. MANUSEAMENTO DO DINHEIRO E PLANEAMENTO DA SUA UTILIZAÇÃO		
Item 28	MANUSEAMENTO DO DINHEIRO (Assinale o nível mais elevado)	Cotação
	Faz a gestão do seu próprio dinheiro.	7
	Faz trocos corretamente.	6
	Soma moedas até perfazer a quantia de 5€.	5
	Utiliza o dinheiro, mas não faz trocos corretamente.	4
	Reconhece as notas	3
	Reconhece as moedas	2


	Tem noção de quantidade	1	
	Não utiliza o dinheiro.	0	
Item 29	SERVIÇOS BANCÁRIOS (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Utiliza os serviços bancários de forma independente.	1	0
	Mantém uma conta, autonomamente ou com ajuda.	1	0
	Consegue preencher os impressos de depósito e de levantamento.	1	0
	Tem cartão multibanco - pode utilizar as "caixas automáticas".	1	0
	Reconhece o cartão multibanco/ caderneta	1	0
	Passa cheque	1	0
Item 30	RECURSOS DE PAGAMENTO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Sabe utilizar o multibanco.	1	0
	Tem multibanco ou acesso a outras formas de crédito.	1	0
	Transporta a identificação apropriada (BI).	1	0
	Consegue endossar cheques.	1	0
Item 31	PLANO DE POUPANÇA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Organiza um plano de despesas de acordo com o seu orçamento mensal	1	0
	Manifesta impulsividade (gastos excessivos)	0	1
	Consegue criar um plano de poupança	1	0
	Tem um consumo exagerado de tabaco e cafés	0	1
	Organiza-se para fazer os pagamentos mensais a tempo (e.g., mensalidade UPRO ou FSO/FAS)	1	0
	Faz estimativas dos preços dos bilhetes, das refeições, etc..	1	0
Item 32	COMPRAS PARA A CASA (Assinale todas as respostas)	Cotação	
	Consegue elaborar uma lista semanal de compras de supermercado e realiza a compra dos produtos necessários sem supervisão	4	
	Faz uma estimativa do gasto que vai realizar de acordo com a lista existente	3	
	Consegue elaborar uma lista semanal de compras de supermercado, mas não realiza as compras	2	
	Consegue ir às compras seguindo uma lista definida previamente por outra pessoa	1	
	Não realiza compras, nem se organiza para a elaboração de uma lista de compras	0	
Item 33	COMPRAS PESSOAIS (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Compra as suas próprias roupas.	5	
	Compras os acessórios para as suas roupas.	4	
	Faz compras menores, sem ajuda (ex: doces, bebidas, etc.).	3	
	Faz compras sob uma pequena supervisão.	2	
	Faz compras sob uma supervisão apertada.	1	
	Não faz compras.	0	
Total do domínio ATIVIDADE ECONÓMICA			

DOMÍNIO ATIVIDADE DOMÉSTICA			
A. LIMPEZA			
Item 34	LIMPEZA DO WC (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Realiza a limpeza do WC (loiças, espelho, etc)	1	0
	Usa os detergentes e materiais de limpeza do WC	1	0
Item 35	LIMPEZA DO ESPAÇO PRÓPRIO (Assinale o nível mais elevado)		
	Limpa, sem que lhe seja solicitado, o seu espaço próprio (ex: cama, carteira, etc.).	3	
	Limpa, quando lhe é solicitado e/ou com ajudas verbais ou gestuais, o seu espaço próprio.	2	
	Esforça-se por limpar o seu espaço próprio, mas não o faz na sua totalidade.	1	
	Não limpa o seu espaço próprio.	0	
Item 36	ARRUMAÇÃO DO QUARTO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Faz a manutenção do seu quarto (limpar o pó, sacudir tapetes e mantas, limpar o chão, etc.)	1	0
	Faz a cama no dia-a-dia	1	0
	Faz a cama de lavado	1	0
	Consegue manter o seu roupeiro e gavetas limpos e arrumados	1	0
Item 37	LIMPEZA DOS ESPAÇOS COMUNS (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Faz a manutenção dos espaços comuns como a sala, hall de entrada, etc. (limpar o pó, varrer/lavar chão, arrumar almofadas, sofás e tapetes)	1	0
	Sabe utilizar o aspirador	1	0
Item 38	TRATAMENTO DO VESTUÁRIO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Lava a roupa.	1	0
	Coloca a roupa na máquina e retira-a quando a lavagem termina.	1	0
	Separa a roupa de cor da branca.	1	0
	Estende, apanha ou seca a roupa.	1	0
	Dobra a roupa.	1	0
	Passa a ferro quando necessário.	1	0
	Utiliza corretamente a máquina de lavar/tanque e/ou secar roupa.	1	0
B. COZINHA			
Item 39	LIMPEZA DA COZINHA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Lava e arruma a cozinha (bancadas, móveis, fogão, etc)	1	0
	Usa os detergentes e materiais de limpeza da cozinha	1	0
	Lava a loiça.	1	0
	Sabe utilizar os pequenos electrodomésticos	1	0
	Coloca a loiça na máquina de lavar e utiliza-a corretamente.	1	0


Item 40	POR A MESA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Coloca todos os talheres, pratos, copos bem como guardanapos, pão, temperos, etc. nos locais corretos.	3	
	Coloca pratos, copos e talheres nos locais corretos.	2	
	Coloca pratos, copos e talheres na mesa.	1	
	Não põe a mesa	0	
Item 41	PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Utiliza corretamente o fogão e/ou micro-ondas para preparar uma refeição completa, sem que seja necessária uma receita.	4	
	Consegue confeccionar uma refeição seguindo os passos de uma receita	3	
	Apenas consegue fazer a preparação dos alimentos necessários à elaboração de uma refeição (lavar, descascar, partir e preparar alimentos, etc.)	2	
	Prepara refeições simples que não exigem preparação ou confeção culinária como sandes, misturar cereais com leite, etc..	1	
	Incapaz de preparar qualquer tipo de refeição	0	
Item 42	CONSISTÊNCIA e iniciativa nas atividades domésticas (Assinale todos os itens)	Sim	Não
	Executa tarefas domésticas de uma forma regular.	1	0
	Realiza as tarefas domésticas por iniciativa própria	1	0
Total do domínio ATIVIDADE DOMÉSTICA			

DOMÍNIO PERSONALIDADE			
A. Iniciativa			
Item 43	INICIATIVA (Assinale o nível mais elevado)	Cotação	
	Inicia a maioria das suas tarefas	4	
	Pergunta se há alguma coisa para fazer	3	
	Explora o envolvimento	2	
	Apenas participa nas atividades quando solicitado ou designado	1	
	Não participa em atividades designadas (ex.: a ajudar nas tarefas domésticas)	0	
Item 44	PASSIVIDADE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Concretiza as tarefas sem necessidade de reforço/estímulo constante	1	0
	Executa as tarefas sem ser necessário "ordenar-lhe" a sua execução.	1	0
	Tem ambição.	1	0
	Denota interesse nas coisas.	1	0
	Desperdiça tempo na concretização das tarefas.	0	1
	Independente dos outros (não precisa de ajuda na maioria dos casos).	1	0
Total do domínio PERSONALIDADE			

Anexo 2 – Exemplo de um plano de sessão de Psicomotricidade

<p>Sessão nº15 Data: 26/03/2019 Hora: 9:30-11h – inclui tempo nos balneários Duração: 60 minutos Local: Pavilhão Desportivo da Ajuda</p>							
Objetivos Gerais: Desenvolver a atenção e a memória; trabalhar o equilíbrio.				Material: bolas, balões, cones, coluna			
ATIVIDADES							
Hora	Descrição / Estratégias	Objetivos Especificos	Crítérios de Êxito	Estratégia(s)	Material		
9h35 5'	Diálogo inicial Com os utentes em pé, em círculo, deverá ser feita uma revisão da sessão anterior. De seguida, a estagiária deverá informar os utentes da estrutura e conteúdo da sessão. É explicado que esta sessão tem como objetivo realizar uma avaliação psicomotora. Deverá também ser dado espaço aos utentes para partilharem algo com o grupo.	-Dar início à sessão; -Proporcionar a organização mental da sequência de atividades da sessão; -Avalia a memória a longo prazo.	-Cumprimentar a estagiária, o técnico e os colegas; -Compreender a estrutura, conteúdo e objetivos da sessão.	Diálogo Instrução	/		
9h40 15'	Atividade nº1 – Diferentes funções Os utentes deverão estar dispostos em círculo. A estagiária deverá introduzir a primeira bola, que os utentes deverão passar em mão ao colega do lado direito. A segunda bola, deverão passar em mão pelo lado esquerdo. Por fim, a terceira bola deverá ser passada aleatoriamente. As bolas não deverão ser introduzidas todas as mesmo tempo. A atividade termina à ordem da estagiária.	- Trabalhar a distinção da direita/esquerda; - Estimular a memória de trabalho; - Desenvolver a capacidade de concentração na tarefa.	- Manter a atenção nas três bolas; - Memorizar a função de cada bola.	Instrução Feedback Participação	Bolas		

9h55	Atividade nº2 – Estafetas	-Trabalhar o equilíbrio dinâmico a pés juntos, na ponta dos pés, pé-ante-pé, apoio unipedal; - Desenvolver a agilidade motora; - Potencializar o espírito de equipa e competição.	- Os utentes da primeira secção do percurso deveram começar à ordem da estagiária; - Cada utente nas secções seguintes só deve avançar quando o utente da mesma equipa e da secção anterior lhe tocar na mão; - Cada utente deve realizar o percurso de acordo com o movimento atribuído para aquela secção.	Instrução Feedback	Cones
20'	Os utentes deverão estar organizados em equipas. O percurso deverá estar dividido em secções, separadas por cones. No início de cada secção deverá estar um utente, que deverá fazer o percurso até à secção seguinte, onde vai estar outro utente. Cada secção deverá ter um deslocamento diferente (ex: pé-ante-pé, apoio unipedal, saltos a pés juntos; corrida). Ganha a equipa em que o utente da última secção chegar ao cone da primeira secção.				
10h15	Atividade nº3 – Balões no ar	- Promover a atenção na tarefa; - Desenvolver o trabalho em equipa.	- Não deixar que os balões não toquem no chão.		Coluna
15'	Os utentes deverão andar livremente pelo espaço, a um passo mais calmo, ao som de uma música mais calma. A estagiária deverá introduzir alguns balões, um de cada vez.				Balões
10h30	Atividade nº4 – Bola de vidro	-Promover a relaxação tónica do corpo; - Facilitar o acesso a um estado de calma; - Desenvolver a autorregulação.	- Deslocar-se pelo espaço a um ritmo lento; - Quando tem a bola, deslocar-se mais lentamente e com mais cuidado; - Entregar a bola a um dos colegas.	Instrução Feedback	Coluna Bola
15'	Os utentes deverão deslocar-se livremente pelo espaço ao som de uma música calma. A estagiária deverá entregar uma bola a um dos utentes, que deverá deslocar-se com ela e entregá-la depois a um dos colegas. Os utentes deverão imaginar que a bola é de vidro e, por isso, quando estiverem com ela deverão deslocar-se mais devagar e com mais cuidado.				

10h45	<p style="text-align: center;">Diálogo final</p> <p>Os utentes deverão estar sentados no chão, em círculo. Deverá ser feita uma breve reflexão acerca das atividades realizadas, bem como da reação e dificuldades de cada um dos utentes a cada uma das atividades. Os utentes deverão partilhar sugestões de futuras atividades.</p>	<p>-Promover a expressão verbal acerca da experiência pessoal; -Desenvolver a capacidade de reflexão.</p>	<p>-Relembrar as atividades realizadas na sessão; -Expressar verbalmente a sua opinião e dificuldades em relação às atividades; -Partilhar sugestões para as próximas sessões.</p>	<p>Diálogo Feedback</p>	
10'					

Anexo 3 – Exemplo de um relatório de Psicomotricidade

Sessão nº15

Data: 26 de março de 2019

Horário: 9h30 – 11h – inclui tempo nos balneários

Duração: 60 minutos

Local: Pavilhão Municipal da Ajuda

Intervenientes:

- 14 Utentes: A.L, A.A, B.T., C.B, J.T, J.C, J.M, J.T, J.D, M.S, M.I, M.G, N.L, N.R
- Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora – Mafalda Reis Príncipe
- Estagiária de Reabilitação Psicomotora – Diana Casado

Nesta sessão, ainda antes das 9h30 já se encontravam presentes muitos utentes, o que não acontecia na maioria das sessões anteriores. Iniciou-se a sessão com um breve resumo das atividades realizadas na sessão anterior. Os utentes mostraram algumas dificuldades em relembrar a última, sendo necessária a ajuda da estagiária.

A H.V chegou à atividade a chorar, acompanhada pela T.M. A estagiária esteve a falar com a utente, em que esta lhe explicou que tinha discutido com o companheiro. A estagiária esteve a ouvi-la, pediu-lhe para se acalmar e, quando se sentisse melhor, para integrar a atividade.

De seguida, realizou-se a primeira atividade, em que foi pedido que os utentes se dispusessem em círculo. A estagiária introduziu três bolas, cada uma com uma função diferente e em momentos diferentes. Começou-se por introduzir a primeira bola que só podia circular para o lado esquerdo, a segunda bola só podia circular para o lado direito e a terceira bola teria de circular de forma aleatória entre os utentes. Os utentes conseguiram realizar as instruções, quando estavam apenas duas bolas. Quando a estagiária introduziu a terceira bola, os utentes mostram dificuldades, em especial, ao nível da atenção às três bolas em jogo. O que se observou várias vezes foi que os utentes tinham necessidade de parar uma das bolas, para observarem o movimento das restantes bolas, sendo necessário a estagiária chamar à atenção para que as bolas continuassem a circular. Num outro momento, a estagiária retirou a bola que circulava para o lado direito e introduziu uma outra bola, que teria de circular sempre pelos pés e para o lado direito. Verificou-se que os utentes tiveram ainda mais dificuldade em prestar

atenção ao movimento desta última bola introduzida, uma vez que sendo ao nível dos pés era também a bola em que menos se concentravam.

Realizou-se depois a atividade das estafetas, em que se organizou um percurso com quatro estações, cada uma associada a um movimento (estação 1 – pé ante pé; estação 2 – apoio unipedal; estação 3 – saltos a pés juntos; estação 4 – corrida). Assim, observou-se que a maior dificuldade foi no deslocamento de pé ante pé. Verificou-se também que a S.R conseguiu realizar todos os movimentos, mesmo naqueles em que tinha maiores dificuldades realizava sempre do início ao fim, sem desistir. A S.R, no início das sessões de psicomotricidade, não realizava os movimentos de saltos a pés juntos, nem o deslocamento com apoio unipedal, e nesta sessão, embora com algumas dificuldades, a S.R conseguiu realizar essas tarefas.

De seguida, pediu-se aos utentes que se deslocassem livremente pelo espaço. A estagiária foi introduziu alguns balões e pediu aos utentes que não deixassem que nenhum deles caísse no chão. Foi possível observar que os utentes participaram e mostraram-se motivados na atividade, conseguiram trabalhar em equipa e diminuir o número de quedas dos balões, ao longo da atividade. No entanto, mostraram dificuldades em tomar atenção aos cinco balões, sendo que havia sempre algum balão no chão.

Por último, realizou-se a atividade de retorno à calma, em que se pediu aos utentes que se deslocassem pelo espaço, ao som de uma música calma. a estagiária introduziu alguns balões e explicou que estes eram bolas de vidro muito frágeis e, por isso, quem tivesse estas bolas teria de se deslocar muito lentamente e com muito cuidado. Os utentes tinham de passar os balões entre eles, de modo a que todos tivessem esta oportunidade. O J.D mostrou ainda muitas dificuldades em diminuir a agitação psicomotora e acalmar.

Assim, esta atividade decorreu conforme o planeado, sem qualquer inconveniente. Os utentes mostraram-se motivados e atentos, nos momentos em que a estagiária dava as instruções das atividades.

Anexo 4 – Médias dos itens referentes à CAECS, da avaliação inicial e da avaliação final


Médias dos itens da SECHS, referentes à avaliação inicial e avaliação final			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Componentes Não-Verbais	Expressão Facial	3,33	3,40
	Olhar	3,20	3,53
	Sorrisos	2,93	2,87
	Postura	2,93	3,00
	Orientação	2,93	3,20
	Distância/Contacto Físico	2,93	2,93
	Gestos	3,07	2,80
	Aparência Pessoal	3,13	3,33
	Oportunidade dos Reforços	2,67	2,60
Componentes Paralinguísticos	Volume de voz	3,20	3,40
	Entoação	2,80	2,80
	Timbre	3,53	3,53
	Fluidez	3,20	3,07
	Velocidade	2,93	2,80
	Clareza	3,33	3,47
	Tempo de fala	2,87	3,20
Componentes Verbais	Conteúdo	2,60	2,80
	Humor	2,80	2,67
	Atenção Pessoal	3,33	3,07
	Perguntas	2,87	3,53
	Respostas às perguntas	2,93	3,33

Anexo 5 – Médias dos itens referentes ao SECHS, da avaliação inicial e da avaliação final

Médias dos itens da SECHS, referentes à avaliação inicial e avaliação final					
		Avaliação inicial		Avaliação final	
		Utentes	Técnicos	Utentes	Técnicos
Competências Sociais Básicas	Ouvir	4	3,3	4,1	3,7
	Começar uma conversa	3,9	3,4	3,9	3,5
	Conversar	3,7	3,1	3,7	3,3
	Fazer perguntas	3,6	3,1	3,5	3,5
	Dizer obrigado	4,6	4	4,4	4,1
	Apresentar-se	3,9	3,2	4,3	3,3
	Apresentar outras pessoas	3,2	2,7	3,5	3
	Dar um elogio	4,3	3	4,1	3,3
Competências Sociais Avançadas	Ser assíduo	4,4	3,9	4	3,8
	Ser pontual	4,3	4	4,4	3,7
	Pedir ajuda	3,8	3,1	3,9	3,5
	Juntar-se a um grupo	3,1	3,1	3,2	3,3
	Explicar uma tarefa	3,4	3	3,3	3,1
	Seguir instruções	3,7	3,1	3,6	3,3
	Pedir desculpa	4,3	3,4	4,3	3,6
	Convencer os outros	2,7	2,9	3,1	3,1
Competências para lidar com os sentimentos	Conhecer os sentimentos	3,7	2,7	3,8	3
	Expressar os sentimentos	3,5	2,6	3,5	2,9
	Compreender os sentimentos dos outros	3,7	2,7	3,4	2,7
	Lidar com a fúria de alguém	2,5	2,4	2,7	2,3
	Expressar afeto	3,6	2,5	3,4	2,9
	Lidar com o medo	2,9	2,3	3,1	2,7

	Gratificar-se a si próprio	3,5	2,5	3,3	2,7
Competências alternativas à agressividade	Pedir autorização	4,1	3,3	3,9	3,6
	Partilhar alguma coisa	4,1	3,1	3,8	3,4
	Ajudar os outros	4,7	3,3	4,5	3,5
	Fazer um acordo	2,8	2,6	3,3	2,9
	Controlar-se a si mesmo	3,2	2,7	3,1	3
	Defender os seus direitos	3	3,1	3,7	3,2
	Reagir de forma correta ao gozo	2,7	2,3	3,1	2,7
	Evitar problemas com os outros	4,1	3,3	3,8	3,4
Competências para lidar com o stress	Fazer uma queixa	2,9	2,5	3,2	3
	Responder a uma queixa	2,9	2,2	3,2	2,8
	Lidar com a vergonha	2,9	2,3	2,6	2,7
	Lidar com a rejeição	2,3	1,9	2,3	2,5
	Responder à persuasão	2,9	2,1	2,9	2,7
	Lidar com o erro	3,3	2,3	3,5	2,9
	Lidar com a acusação	2,9	2,3	2,7	2,9
	Lidar com a pressão de grupo	2,8	2,3	3,2	2,8
Competências de planeamento	Decidir o que fazer	3,6	2,8	3,7	3,1
	Decidir o que causou o problema	3,2	2,3	2,9	2,9
	Definir um objetivo	3,9	2,7	3,1	2,5
	Decidir com base nas suas habilidades	3,1	2,5	3,3	2,6
	Reunir informação	3,3	2,3	3,8	2,6
	Ordenar os problemas de acordo com a sua importância	3,1	2,3	3,7	2,6
	Tomar uma decisão	3,5	2,5	2,8	2,8
	Concentrar na tarefa	3,4	2,5	3,7	2,9

Anexo 6 – Exemplo de um plano de sessão de Competências Socioemocionais

<p>Sessão nº12 Data: 21/03/2019 Hora: 9h30 às 10h30 Duração: 60 minutos Local: Fórum Socio Ocupacional de Lisboa</p>						
Objetivos Gerais: Promover a expressão em grupo			Material: Power point			
ATIVIDADES						
Hora	Descrição / Estratégias	Objetivos Específicos	Critérios de Êxito	Material		
9h30	<p>Diálogo inicial</p> <p>Os utentes deverão estar sentados nas cadeiras dispostas pela sala. Deverá ser feita uma revisão da sessão anterior. A estagiária deverá informar os utentes da estrutura e conteúdo da sessão. É dado espaço aos utentes para quem quiser partilhar algo com o grupo. É também neste momento que os utentes deverão assinar a folha de presenças.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar início à sessão - Controlo de presenças; - Proporcionar a organização mental da sequência de atividades da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar ter compreendido a estrutura e conteúdo da sessão; - Partilhar alguma experiência pessoal com o grupo. 	/		
15'						
9h45	<p>Atividade nº1 – Opiniões diferentes</p> <p>As cadeiras devem estar divididas, um dos lados irá representar “concordo” e o outro “discordo”. A estagiária deverá criar um debate acerca de diferentes temas da atualidade (ex. homossexualidade, aborto, pena de morte, refugiados). Os temas em debate poderão ser discutidos pelos utentes. Os utentes deverão colocar-se num dos lados de acordo com a sua opinião.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de expressar uma opinião; - Promover a tolerância perante a opinião dos outros; - Desenvolver a consciência da importância do comportamento assertivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher um dos lados; - Expressar a sua opinião, de forma assertiva; - Evitar a agressividade e a passividade. 	Power point		
35'						
12h20	<p>Diálogo final</p> <p>Os utentes deverão estar sentados nas cadeiras, dispostas em círculo. Em grupo deverá ser feita uma revisão e reflexão da sessão e das atividades realizadas, bem como acerca da reação de cada utente a cada uma das atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a capacidade de reflexão; - Promover a expressão verbal acerca da vivência pessoal relativamente às atividades realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar verbalmente as suas dificuldades e o que mais gostou da sessão; - Refletir acerca dos sentimentos vivenciados ao longo da sessão. 	/		
10'						

Anexo 7 – Exemplo de um relatório de Competências Socioemocionais

Sessão nº12

Data: 21 de março de 2019

Horário: 9h30 às 10h20

Local: Fórum Socio Ocupacional de Lisboa

Intervenientes:

15 Utentes: A.A, A.L, C.B, C.G, G.S, H.V, J.T, J.C, J.M, J.D, J.S, N.L, N.R, S.R, T.M.
Estagiária de Reabilitação Psicomotora – Diana Casado

No início desta sessão, foi explicado que esta seria dinamizada apenas pela estagiária, uma vez que a Psicomotricista Mafalda Reis Príncipe não poderia estar presente. Começou-se por uma breve revisão da sessão anterior, em que os utentes conseguiram descrever a atividade realizada e distinguir os tipos de comunicação apresentados. De seguida, iniciou-se o tema desta sessão, a expressão de opiniões. A estagiária perguntou ao grupo porque é que é importante a expressão de opinião. Os utentes não apresentaram nenhuma resposta, sendo necessário a estagiária explorar mais o tema.

Na atividade desta sessão, a estagiária definiu um dos lados da sala como o “concordo” e o outro como o “discordo”. Assim, lançou o tema e os utentes tiveram de se colocar num dos lados da sala, de acordo com a opinião de cada um. Começou-se com o tema da pena de morte e, de seguida, o tema dos refugiados. Neste tema, os utentes conseguiram estabelecer um debate entre ambos os grupos, apresentando e defendendo a sua opinião. Uns utentes mostraram maior facilidade de expor a sua opinião que outros e, por isso, foi necessário a estagiária incentivar a participação de alguns utentes, fazendo-lhes perguntas mais diretas e específicas, de forma a desenvolverem a expressão da opinião.

O J.D, ao longo de toda a atividade, apresentou um comportamento bastante desadequado, sendo chamado várias vezes à atenção pela estagiária, no entanto, apenas moderava o comportamento no momento deste alerta. O utente manteve uma postura na cadeira bastante descuidada, apresentando-se quase deitado e muito sonolento. Referiu várias vezes que estava com muito sono e que não estava com vontade de realizar a atividade. A estagiária fez referência a um contexto de formação e de emprego que, sendo um objetivo do J.D, estes comportamentos não seriam admissíveis. A partir desse momento o utente melhorou o comportamento.

O G.S mostrou um comportamento bastante participativo, expondo sempre a sua opinião. No entanto, o utente não deixava espaço para a participação dos colegas, criando quase um monólogo. Foi necessária várias vezes a intervenção da estagiária que lhe pedia que deixasse os colegas falarem e exporem também a opinião deles. O G.S mostrou ter dificuldade em ouvir os colegas.

Assim, esta sessão correu bastante bem. Os utentes conseguiram cumprir os objetivos planeados e desenvolver um debate de opiniões.



Anexo 8 – Valores do SCL-90r para a população portuguesa

População Normal

Sintomas SCL-90r	Média	Desvio Padrão	Valor Limite
<i>Somatização</i>	0,55	0,48	1,03
<i>Obsessão Compulsão</i>	0,98	0,53	1,51
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	0,73	0,54	1,27
<i>Depressão</i>	0,65	0,45	1,10
<i>Ansiedade</i>	0,67	0,48	1,15
<i>Hostilidade</i>	0,79	0,60	1,39
<i>Ansiedade Fóbica</i>	0,29	0,38	0,67
<i>Ideação Paranoide</i>	0,94	0,56	1,50
<i>Psicoticismo</i>	0,40	0,42	0,82

(Batista, 1993, cit in Lavado, 2008)

Anexo 9 – Exemplo de um plano de sessão do Acompanhamento Individual I

Sessão n°5 Data: 7/03/2019 Hora: 11h30 às 12h20 Duração: 50 minutos Local: Fórum Socio Ocupacional						 	
Objetivos Gerais: Promover a autonomia e desenvolver a consciencialização das capacidades e dificuldades				Material: Horário em papel, folha branca			
ATIVIDADES							
Hora	Descrição / Estratégias	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégia	Material		
11h30 5'	Diálogo inicial A estagiária e a utente deverão estar sentadas, junto à mesa. A utente deve fazer uma revisão da sessão anterior. A estagiária deverá explicar os objetivos deste acompanhamento.	- Dar início à sessão; - Proporcionar a organização mental da estrutura e objetivos desta e das próximas sessões.	- Relembrar a sessão anterior; - Compreender a estrutura, conteúdo e objetivos da sessão.	Diálogo	/		
11h35 20'	O meu horário e as minhas tarefas A utente e a estagiária deverão estar sentadas junto à mesa. A utente deverá organizar e preencher o seu horário, com identificação das tarefas relativas à higiene e tarefas da casa.	- Trabalhar o conhecimento das Atividades da Vida diária (AVD'S); - Promover a organização do horário semanal.	- Preencher o horário semanal; - Identificar as tarefas de higiene e tarefas de casa; - Identificar outras atividades do quotidiano.	Instrução Feedback Diálogo	Ficha horário semanal		
11h55 20'	Objetivos A estagiária e a utente deverão estar sentadas junto à mesa. A utente deverá preencher a ficha dos objetivos, em que deverá identificar objetivos que gostaria de alcançar, se consegue mudar esse aspeto num curto ou longo período e quais as etapas para atingir esse objetivo.	- Estimular a autoconfiança; - Estimular a capacidade de estimulação de objetivos. - Promover a consciencialização das aptidões e da resolução de tarefas; - Promover a consciencialização da responsabilidade pelos seus atos.	- Identificar aspetos que gostaria de mudar em si ou na sua vida; - Definir estratégias e etapas para atingir cada objetivo.	Instrução Feedback Diálogo	Folha branca		
12h15' 5'	Diálogo final A estagiária e a utente deverão estar sentadas, junto à mesa. Deverá ser feita uma breve reflexão da sessão.	- Refletir sobre a sessão; - Terminar a sessão.	- Expressar verbalmente a sua opinião e dificuldades em relação às atividades; - Partilhar sugestões para as próximas sugestões.	Diálogo	Tabela de gestão do dinheiro		

Anexo 10 – Exemplo de um relatório de uma sessão do Acompanhamento Individual I

Sessão nº 5

Data: 07 de março de 2019

Horário: 11h30 às 12h20

Duração: 50 minutos

Local: Fórum Socio Ocupacional de Lisboa

Intervenientes:

- Utente: JC
- Estagiária de Reabilitação Psicomotora – Diana Casado

No início desta sessão, a J.C partilhou que, esta semana, se sentiu desconfortável na relação com os colegas. Tentou aproximar-se deles, mas sente-se melhor quando fica sozinha, no telemóvel. A estagiária explicou-lhe que aproximar-se dos colegas é um dos objetivos dela, isolar-se e não estar com estes na sala de convívio, por exemplo, não vai ajudar nessa aproximação. A estagiária indicou-lhe algumas estratégias, como por exemplo, nas horas de intervalo e de convívio, começar por se aproximar dos colegas com que se sente melhor e mais confortável, a J.C identificou a A.L e a T.M como as suas amigas no fórum, mas que, no entanto, ainda não se sente confortável com elas.

De seguida, realizou a atividade do horário semanal. No início, esta atividade esta planeada para se organizar o horário semanal da J.C na própria agenda dela, no entanto, a utente não se mostrou disponível para isso, nem se sentia confortável. Então a estagiária levou para a sessão um horário semanal em papel. A J.C mencionou acordar às 8 horas, faz a sua higiene, toma o pequeno almoço e vai para o fórum, onde passa o dia. Não lava os dentes de manhã porque diz que não está habituada a fazer isso e também não está disponível para alterar. Lava os dentes apenas depois de almoço, no fórum. No final da tarde, no fim das atividades do fórum, volta para casa. Fica a ver televisão ou a ler um livro, toma banho antes de jantar (não o faz diariamente), prepara a mesa para o jantar, janta e volta a ver televisão ou a ler e deita-se por volta das 21/22h. A estagiária mencionou alguns aspetos como o banho diariamente ou a lavagem dos dentes, no entanto, a J.C volta a argumentar de que está habituada assim e não está disponível para alterar isso. A J.C preencheu apenas os dias de segunda e terça-feira e ficou de preencher o resto em casa e apresentar na próxima sessão.

Na atividade seguinte, a J.C, com a ajuda da estagiária, identificou os objetivos que gostaria de alcançar, o nível de importância desse objetivo para ela (de 1 a 5) e descreveu também as etapas para alcançar esse objetivo. Identificou, sem a ajuda da estagiária, o objetivo de começar a trabalhar, atribui um nível 3 de importância e identificou como etapas trabalhar a autonomia, integrar uma formação e trabalhar a relação com os outros. Com a ajuda da estagiária identificou o objetivo de trabalhar a autonomia, com um nível 5 de importância e identificou como etapas trabalhar a mobilidade nos transportes e aprender a cozinhar e a tratar das refeições. Para além destes identificou mais dois objetivos: melhorar a relação com os outros e melhorar a qualidade de vida. A J.C mostrou muitas dificuldades em identificar objetivos ou aspetos que pretende alterar na sua vida.

Assim, a maior dificuldade da estagiária nesta sessão foi a indisponibilidade da J.C para trabalhar alguns aspetos, o que dificulta o trabalho realizado pela estagiária com a J.C. a estagiária explicou-lhe a importância de trabalhar as dificuldades de forma a melhorarmos as nossas capacidades e que os nossos hábitos não são fixos e podemos alterá-los.

Anexo 11 –Acompanhamento Individual II

1. Acompanhamento Individual II

A intervenção individual com a utente A.L foi dinamizada apenas pela estagiária, no entanto, sempre com a orientação da Psicomotricista Mafalda Príncipe.

Neste capítulo são apresentados todos os conteúdos relativos ao acompanhamento individual da utente A.L. Tais como a caracterização anamnésica, apresentação das sessões e do contexto da intervenção e todos os aspetos relativos à avaliação.

1.1. Caracterização Anamnésica

A A.L. é uma jovem de 18 anos, que sempre viveu com os pais. Frequenta o FSO desde outubro de 2018. O pai é jardineiro e a mãe é fiscal do arvoredo, ambos na Câmara Municipal de Lisboa. Vive também com o irmão, com quem diz ter uma boa relação. Este concluiu a licenciatura em Biologia, no entanto não está a trabalhar na área de formação.

Aos 6 anos, aquando da entrada na escola, começou a ser acompanhada em psiquiatria. Mais tarde, foi lhe então diagnosticada Perturbação Bipolar não especificada. Apresenta um défice nas funções cognitivas, em especial, na área de realização.

Aos 11 anos, a A.L. foi vítima de abuso sexual, por parte do namorado de um familiar. Prestou declarações no tribunal, no entanto, não houve condenações.

Frequentou a Escola Francisco Arruda, na qual sofreu de *bullying*. A A.L. refere muitas vezes este momento como o mais marcante negativamente na sua vida. Devido aos problemas de abusos físicos e psicológicos que sofria, deixou esta escola e passou a frequentar o Colégio Bola de Neve, um colégio de educação especial, onde se adaptou facilmente e fez muitos amigos.

A A.L. concluiu o 9º ano de escolaridade, no Colégio Bola de Neve. Nunca exerceu nenhuma profissão e não mostra intenções de começar a trabalhar. Começou uma formação de cozinha, na Fundação Liga, no entanto desistiu, alegando não se sentir bem.

Começou a frequentar o FSO, no final de 2018, por aconselhamento da médica pedopsiquiatra, que considerou importante A.L. frequentar atividades socio ocupacionais, de integração na comunidade.

No que se refere ao desenvolvimento social, a A.L. considera-se uma pessoa social, no entanto, refere que tem medo de se dar a conhecer a outras pessoas e considera ter um suporte social satisfatório. Afirma ter três ou quatro amigos fixos e em quem confia, no entanto é raro organizarem atividades juntos. Relativamente às relações sociais apenas considera ter uma relação muito boa com a mãe e o irmão, com o pai e os amigos chegados considera ter uma relação razoável. Menciona entrar muitas vezes em conflito com o pai e que isso desgasta esta relação.

Ao nível do desenvolvimento pessoal esta sente-se bem com a sua vida. Refere que já vivenciou períodos de depressão, por volta dos 14 anos, na mesma altura em que sofreu de *bullyning*. Afirma ter uma relação emocional muito boa com a mãe, irmão e os amigos chegados.

No que se refere aos seus interesses e atividades de lazer, a A.L. gosta de ouvir música, de dançar, de ver televisão e usufruir das redes sociais. Um dia típico da A.L. baseia-se na participação nas atividades do fórum e, no final do dia, ir para casa. Comparativamente, antes de integrar o fórum, o dia da A.L consistia apenas em estar em casa, passando-se várias semanas sem sair de casa. Aos fins de semana, refere que é raro sair de casa, apenas quando vai com a mãe ao supermercado. Dorme cerca de 8 a 10 horas. Não gosta de tomar banho, devido à dificuldade, referida pela própria, em lidar com o corpo e não gosta de transportes públicos, por os associar a muita confusão. Apresenta uma grande capacidade e fluência de comunicação verbal, sendo que por vezes fala bastante rápido, tornando-se pouco clara.

Relativamente à atividade física refere que nunca participou em nenhum desporto, nem gosta de atividades que envolvam movimento (por exemplo psicomotricidade e biodanza – atividades do fórum). Quando questionada, refere que não tem nenhum sonho/projeto de vida, nem vê a necessidade de pensar nisso, sendo que a mãe também acredita, e expressa isso com a A.L., que esta não é capaz de fazer nada, o que dificulta o planeamento e expectativas de futuro da utente.

1.2. Avaliação

Num primeiro momento da avaliação inicial realizou-se uma anamnese, de modo a conhecer alguns aspetos da história pessoal da A.L: (1) dados pessoais gerais; (2) filiação; (3) agregado familiar; (4) situação socioeconómica; (5) historial clínico; (6) desenvolvimento social; (7) desenvolvimento emocional; (8) desenvolvimento sensorial;

(9) autonomia; (10) hábitos e rotinas; (11) interesses e lazer; e (12) dia-tipo. A Ficha de Anamnese foi preenchida pela própria, numa sala das instalações do FSO, a estagiária esteve presente no momento do preenchimento, assistindo e disponível para esclarecer todas as dúvidas. De seguida, realizou-se uma entrevista informal com a A.L., de forma a perceber as suas preocupações, expectativas de futuro e expectativas para o acompanhamento.

Num segundo momento aplicaram-se quatro instrumentos de avaliação: Symptom Checklist-90 Revised de Leonard Derogatis (1977), adaptado por Batista (1993); Escala de Autodeterminação de Wehmeyer & Kelchner (1995), adaptada para a população portuguesa por Torres e Santos (2014); Escala de Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa (Santos e Morato, 2004) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF) na Versão Portuguesa de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006). Estes foram descritos no capítulo do Acompanhamento Individual I.

Os instrumentos acima mencionados foram preenchidos na sala de convívio do FSO, onde estavam presentes a estagiária e a A.L. Inicialmente, foram explicados os objetivos de cada instrumento, sendo a A.L a preencher os mesmos, no entanto, a estagiária esteve sempre presente, disponível para esclarecer alguma dúvida. Numa fase final do acompanhamento, foram aplicados novamente os mesmos instrumentos, de forma a poder comparar os resultados das duas fases de avaliação.

1.2.1. Resultados da Avaliação Inicial

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial da A.L. Estes representam dados importantes para a determinação das áreas fortes e as áreas a trabalhar, permitindo o estabelecimento do plano de intervenção. Os instrumentos de avaliação foram aplicados na Sala de Atividades do FSO, numa fase inicial, no mês de Janeiro, e numa fase final, no mês de Maio. Num momento inicial, a estagiária explicou os itens constituintes de cada instrumento, assim como da forma de preenchimento dos mesmos. O preenchimento destas escalas foi realizado pela utente, com a devida supervisão da estagiária.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

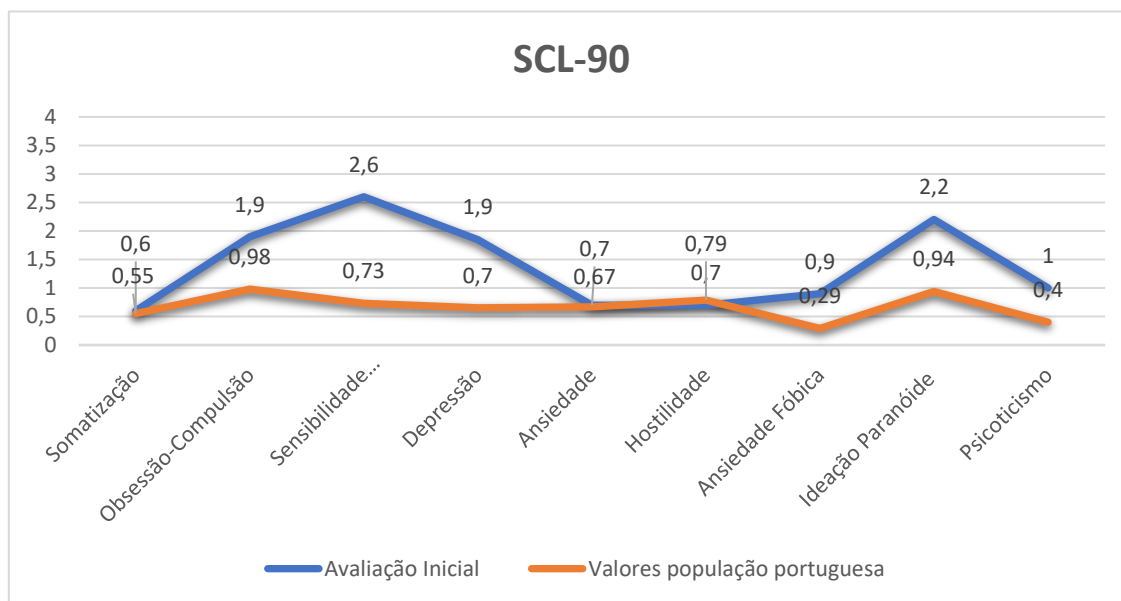


Gráfico 25 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativas ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial

Através do gráfico 25, verificou-se que os sintomas com uma incidência mais frequente são os sintomas de sensibilidade interpessoal, ideação paranoide, obsessão-compulsão e depressão.

Segundo os valores da média e desvio padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa por Batista (1993, cit in Lavado, 2008), a tabela com estes valores encontra-se em anexo (Anexo 8), apenas o sintoma de hostilidade não se encontra acima da média, todos os restantes apresentam uma pontuação acima deste valor. Os sintomas de obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo apresentam uma pontuação acima do valor limite (média + desvio padrão) para a população portuguesa.

Relativamente aos índices globais fornecidos pela escala, a A.L para o índice geral de sintomas apresentou uma pontuação de 1,4, um total de 49 sintomas positivos e para o índice de sintomas positivos uma pontuação de 2,6.

Escala de Autodeterminação

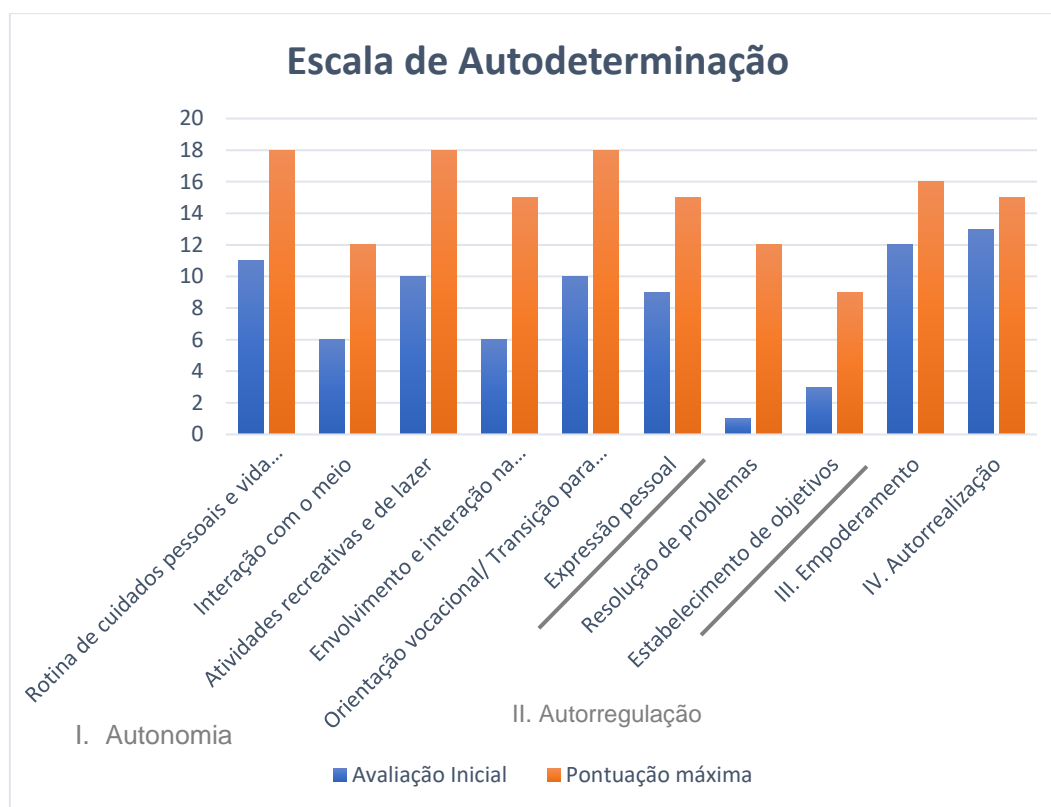


Gráfico 26 – Média das soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativos ao acompanhamento individual II, obtidos na avaliação inicial

Ao analisar o gráfico 26, verifica-se que o domínio da Autorregulação foi o que apresentou resultados mais baixos, comparativamente com a pontuação máxima. Por outro lado, o domínio da Autorrealização foi o que apresentou resultados mais próximos da pontuação máxima.

No domínio da Autonomia a A.L. obteve uma pontuação de 45. O subdomínio 1B) Envolvimento e Interação na Comunidade, foi o que se revelou mais comprometido, seguida dos subdomínios 1C) Atividades Recreativas e de Lazer e 1E) Orientação vocacional/ Transição para a vida ativa. No domínio da Autorregulação obteve uma pontuação de 9, pois no subdomínio 2B) Estabelecimento de objetivos e desempenho nas tarefas, a A.L. mostrou não pensar e não estar preocupada relativamente a objetivos futuros e, assim, não apresentou etapas para atingir esses objetivos. No domínio de Empoderamento Psicológico obteve 11 pontos e no da Autorrealização 8 pontos. Por fim, adquiriu uma cotação total de 73.

Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa (ECAP)

Esta escala foi preenchida pela mãe da A.L e pela própria A.L, de modo poder ser feita uma comparação dos resultados.

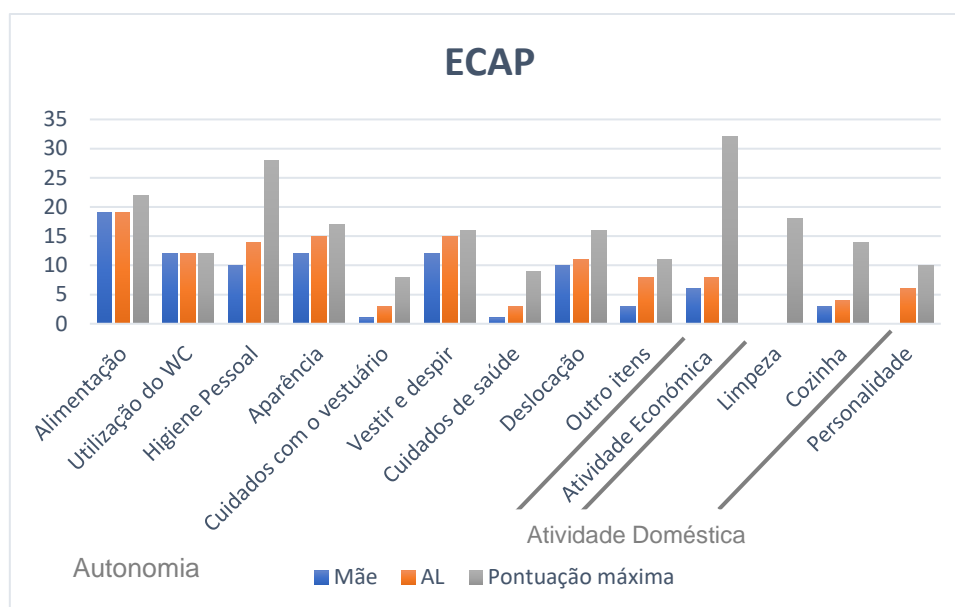


Gráfico 27 - Somas dos itens do instrumento ECAP, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial

No gráfico 27, são apresentados os resultados obtidos pela A.L e pela mãe. Neste gráfico foi possível observar que os resultados obtidos pela mãe foram mais baixos, em todas as dimensões, comparativamente aos resultados obtidos pela A.L.

Relativamente ao Domínio da Autonomia, a A.L apresentou maiores dificuldades ao nível da higiene pessoal, uma vez que é a categoria que apresenta uma maior diferença entre os resultados e a pontuação máxima. Na Utilização do WC, a A.L obteve a pontuação máxima, não evidenciando dificuldades nesta categoria. Na Alimentação a A.L obteve uma pontuação igual à da mãe e próxima da pontuação máxima. Através dos resultados da utente e da mãe desta, percebeu-se que a A.L não realiza a lavagem dos dentes, não toma banho diariamente e não apresenta cuidados necessários com a menstruação. No que se refere à aparência observou-se que a A.L tem dificuldades na escolha da roupa para o dia-a-dia e não apresenta qualquer cuidado com o vestuário. Ao nível da Deslocação, a A.L mencionou que consegue deslocar-se para além de algumas ruas e edifícios conhecidos, sem se perder, o que não correspondeu com a resposta da mãe, que mencionou que a A.L anda apenas pelas vizinhanças da instituição ou da casa sozinha.

Ao analisar os resultados obtidos no Domínio da Atividade Económica, verificou-se que estes apresentaram uma grande diferença comparativamente com a pontuação máxima. Observou-se que a A.L não realiza a gestão do seu próprio dinheiro, nem

consegue realizar compras pessoais ou para a casa. A categoria de limpeza apresentou a pontuação mais baixa, de 0, igual para ambas.

No que se refere ao Domínio da Atividade Doméstica, verificou-se, através dos resultados obtidos pela mãe e pela A.L, que esta não participa na realização tarefas domésticas, nem mostra interesse em participar. A própria utente reconheceu essa dificuldade, associando-a a preguiça.

World Health Organization Quality Of Life – BRREF (WHOQOL – BREF)

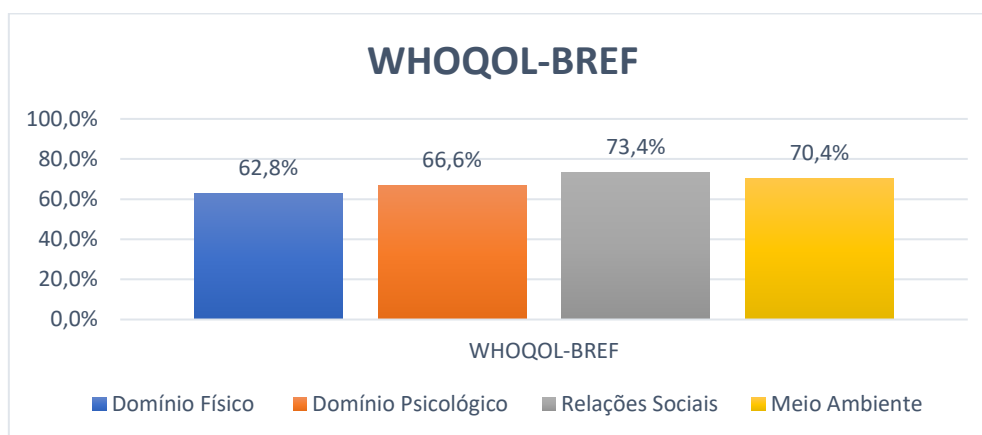


Gráfico 28 - Percentagens do instrumento WHOQOL, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial

No que diz respeito aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, na questão “Como avalia a sua qualidade de vida?” a A.L selecionou “Muito Boa”, que corresponde a uma cotação de 5. Avaliou com a mesma cotação a questão “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”, correspondendo a “Muito Satisfeito”. A análise dos domínios revelou que as “Relações Sociais” como o domínio mais forte, com uma pontuação de 73,4%. Consideram-se áreas intermédias os domínios “Meio Ambiente” e “Psicológico”, com uma pontuação de 70,4% e de 66,6%, respetivamente. O domínio mais fraco, no entanto, com uma pontuação próxima dos restantes, foi o domínio “Físico”, com um total de 62,8%. É importante realçar que as questões: “É capaz de aceitar a sua aparência física?” e “Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?” a A.L selecionou “Nada”, correspondendo a uma cotação de 1. Também as questões: “Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?” e “Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?” a A.L selecionou “Muito Insatisfeita”, correspondendo também a uma cotação de 1.

1.3. Plano de Intervenção

Através da recolha de informação proveniente da observação, dos objetivos da instituição, da orientação do Psicomotricista Diogo Lima, da Psicomotricista Mafalda

Príncipe e dos resultados dos instrumentos de avaliação, de forma a orientar a intervenção, foram estipulados os objetivos apresentados na tabela a baixo.

Tabela 16 - Objetivos de intervenção do Acompanhamento Individual II

<i>Autonomia</i>	Trabalhar o conhecimento e autonomia nas AVD's
	Desenvolver uma rotina de cuidados de higiene pessoal
	Promover os cuidados com a aparência
	Trabalhar a mobilidade
<i>Atividade Económica</i>	Trabalhar a utilização do dinheiro
	Promover a realização de compras pessoais e para a casa
<i>Desenvolvimento pessoal</i>	Estimular a autoconfiança e a autoestima
	Trabalhar o autocontrolo
	Estimular a participação e a capacidade de iniciativa
	Promover a responsabilização nas tarefas

Para trabalhar temas como o desenvolvimento pessoal e alguns aspetos da autonomia, a estagiária optou por utilizar atividades dinâmicas e que promoviam a reflexão sobre estes temas. Por outro lado, para trabalhar as questões da autonomia e da atividade económica por realizar as sessões na comunidade, fora do FSO, como a utilização dos transportes e a realização de compras no supermercado.

1.4. Sessões de Intervenção

As sessões de intervenção com a A.L tiveram uma duração de 50 minutos e era realizada 1 vez por semana.

A intervenção teve uma duração de 5 meses. Assim, fez um total de 17 sessões previstas, já excluindo os períodos em que o fórum estaria fechado para férias, sendo que das quais apenas 14 foram realizadas. As restantes 3 sessões não ocorreram devido a faltas da utente.

Tabela 17 - Cronograma das sessões de Acompanhamento individual I

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
14	4	5	4	7
21	11	13	5	14
28	19	19	16	21
	25	26	23	28
			30	
Avaliação				
Intervenção				
A utente faltou				
Interrupção carnaval e Páscoa				

As sessões seguiram uma estrutura idêntica. Estas iniciavam com um diálogo inicial, em que era feita uma breve revisão da sessão anterior, a utente tinha espaço para partilhar algo com a estagiária e era apresentada a sessão, estrutura e objetivos desta. De seguida, eram realizadas 2 ou 3 atividades, dependendo da duração de cada uma. Por fim, realizava-se o diálogo final, em que era feita uma revisão da sessão, em que a utente partilhava o que mais gostou e o que menos gostou, maiores dificuldades e onde se sentiu mais confortável e sugestões de atividades para as próximas sessões. Encontram-se em anexo exemplos de um plano de sessão e um relatório do Acompanhamento Individual I (Anexo 12 e Anexo 13).

As sessões de acompanhamento individual com a A.L decorreram na sala de convívio do FSO, uma vez que estas sessões decorriam simultaneamente com outra atividade, em que a A.L não participava, esta sala estava disponível. Esta tinha uma mesa redonda, uma mesa com um computador, um sofá e um pequeno espaço livre para a realização de atividades mais dinâmicas.

É importante mencionar que, apesar da mãe autorizar este acompanhamento individual e reconhecer a sua importância para o desenvolvimento de certas competências da A.L, esta não cooperou para esta intervenção. O objetivo, discutido em mais do que uma reunião, seria a estagiária trabalhar com a A.L no fórum, individualmente e, este trabalho ser continuado em casa. Nas reuniões em que participava a mãe, a A.L, a Psicomotricista Mafalda Príncipe e a estagiária, eram discutidos os objetivos, estratégias e mudanças de comportamentos necessárias para a mãe conseguir apoiar este trabalho em casa, no entanto, isto não se verificou.

1.5. Apresentação e discussão de resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação inicial, comparativamente com os da avaliação final, e ainda a discussão destes resultados.

Symptom Checklist-90 Revised

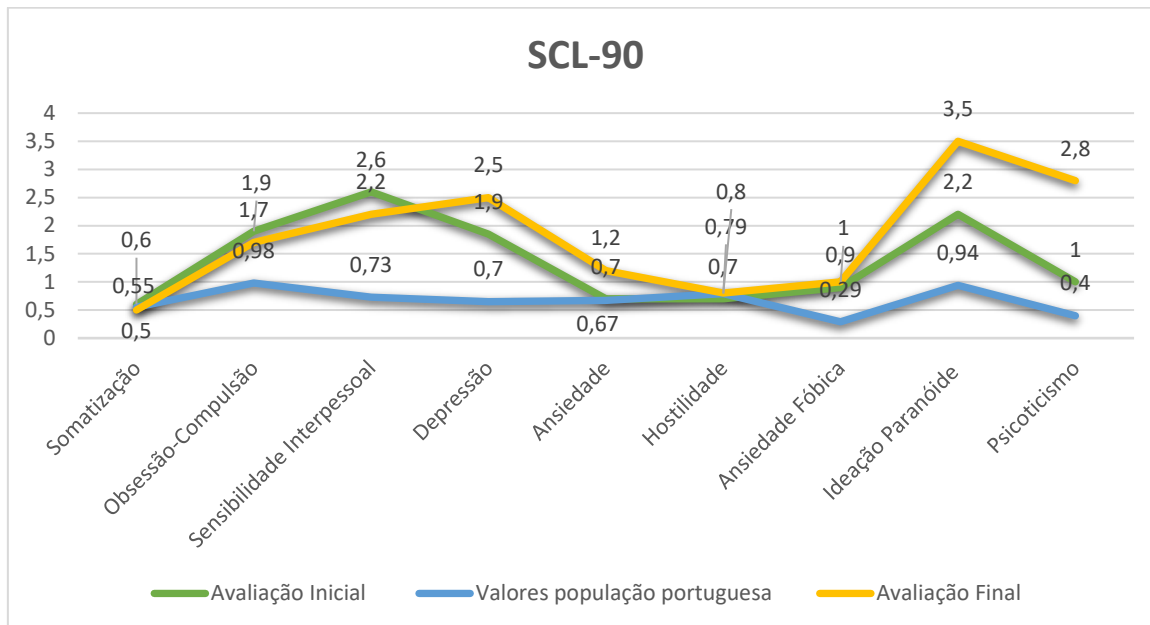


Gráfico 29 - Médias das dimensões do instrumento SCL-90r, relativos ao Acompanhamento Individual I, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

	Av. Inicial	Av. Final
Índice Geral de Sintomas	1,4	1,7
Nº Sintomas Positivos	49	60
Índice de Sintomas Positivos	2,6	2,7

Tabela 18 - Valores calculados do IGS, NSP e ISP da avaliação inicial e da avaliação final, obtidos através do instrumento SCL-90 - Acompanhamento Individual II

Relativamente aos resultados da SCL-90-R, através do gráfico 29, verificou-se que a frequência dos sintomas de somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, apesar de pouca variação entre os dois momentos de avaliação, diminuiu enquanto a frequência dos restantes sintomas aumentou.

O sintoma que apresentou uma maior variação positiva, entre os dois momentos de avaliação, foi a sensibilidade interpessoal, talvez pelo facto de, nas outras atividades dinamizadas pela estagiária (psicomotricidade e competências socioemocionais), a relação interpessoal ser muito trabalhada. Por outro lado, a ideação paranoide e o psicoticismo foram os sintomas que apresentaram uma maior variação negativa e se

verificou um maior aumento da frequência destes sintomas. Relativamente aos índices adicionais, apresentados na tabela 18, também se verificou um aumento em todos eles.

Ao comparar estes valores com os valores da média e desvio padrão do SCL-90, obtidos para a população portuguesa por Batista (1993, cit in Lavado, 2008), verificou-se que os sintomas de Obsessão-compulsão, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e o Psicoticismo continuaram acima do valor limite (média + desvio padrão), tal como na avaliação inicial. A ansiedade, que na avaliação inicial se encontrava abaixo do valor limite, na avaliação final passou a estar acima deste valor e, também a Hostilidade, que se encontrava abaixo da média, na avaliação final ficou acima deste valor. Apenas a Somatização diminuiu o seu valor, de forma a, na avaliação final, já não se encontrar acima da média.

Estes resultados podem dever-se ao facto de a intervenção ter sido orientada para a promoção da autonomia e funcionalidade da A.L na comunidade e não diretamente para as questões da sintomatologia, no entanto, estes resultados não corroboram a ideia de Saraiva e Cerejeira (Saraiva & Cerejeira, 2014), que defendem que trabalhar as questões de autonomia e independência nos indivíduos com perturbação psiquiátrica na comunidade, visa a minimização dos sintomas e dificuldades associadas à perturbação, no entanto, não foi conseguido nesta intervenção.

Ao longo da intervenção, o comportamento da utente tornou-se mais instável. Este comportamento não era observado apenas nas sessões de acompanhamento individual a com a estagiária, mas em todas as atividades do FSO. A A.L não mostrava adesão ao programa de atividades, mostrava-se desmotivada, com comportamentos de fuga e de oposição perante a equipa técnica. Os resultados observados entre os dois momentos de avaliação podem estar associados com este comportamento mais instável da A.L. Segundo Miller (2008), a perturbação bipolar pode apresentar fases mais instáveis, em que os sintomas de humor eufórico, excitação psicomotora, maior velocidade do raciocínio e do discurso, aumento de autoestima, sobrevalorização das próprias capacidades e elevado otimismo podem ser observados com maior frequência e intensidade.

Escala de Autodeterminação

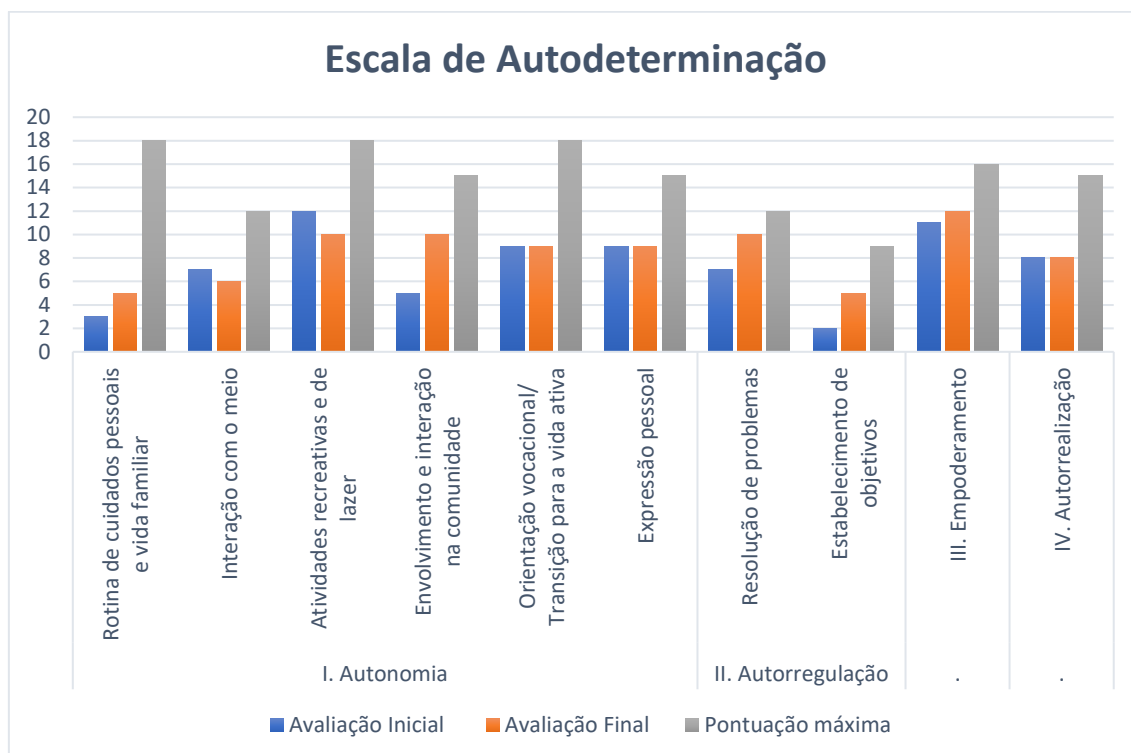


Gráfico 30 - Soma dos itens do instrumento Escala de Autodeterminação, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidos na avaliação inicial e na avaliação final

No gráfico 30 são apresentados os resultados relativos à autodeterminação, antes e após a intervenção. Através deste gráfico, verificou-se que nos subdomínios relativos à Autonomia, a A.L obteve melhorias ao nível da Rotina de cuidados pessoais e vida familiar, Envolvimento e interação na comunidade. Estes foram objetivos estabelecidos para a intervenção e foram cumpridos. Tal como defendem Lussi, Pereira e Júnior (2006), trabalhar o nível de funcionamento na comunidade torna-se importante para os indivíduos com perturbação psiquiátrica, uma vez que este visa a inclusão social e a minimização das dificuldades associadas à perturbação. Também os domínios da Autorrealização e do Empoderamento apresentaram resultados positivos. Estes resultados mostram que se torna importante trabalhar estes aspetos em indivíduos com perturbação mental uma vez que a dificuldade de resolução de problemas, de planeamento e de estabelecimento de objetivos são características desta população (Aebi, et al., 2014; Lipskaya, et al., 2011; Nakanishi, et al., 2007). Nos subdomínios da Orientação vocacional e Expressão pessoal e no domínio da Autorrealização não se observaram variações entre os dois momentos de avaliação. Relativamente ao subdomínio da Orientação vocacional estes resultados podem dever-se ao facto de este não ter sido trabalhado nas sessões, por se achar que a A.L antes de trabalhar este objetivo deveria trabalhar outras competências mais relevantes para o seu funcionamento. Estes resultados reforçam a necessidade de trabalhar a

autodeterminação em indivíduos com perturbação psiquiátrica, uma vez que estes apresentam menos motivação para a realização de tarefas relacionadas com a autonomia e uma menor capacidade de tomada de decisão, quando comparados com indivíduos sem nenhuma perturbação (Cooper, et al., 2015).

Escala do Comportamento Adaptativo - Versão Portuguesa

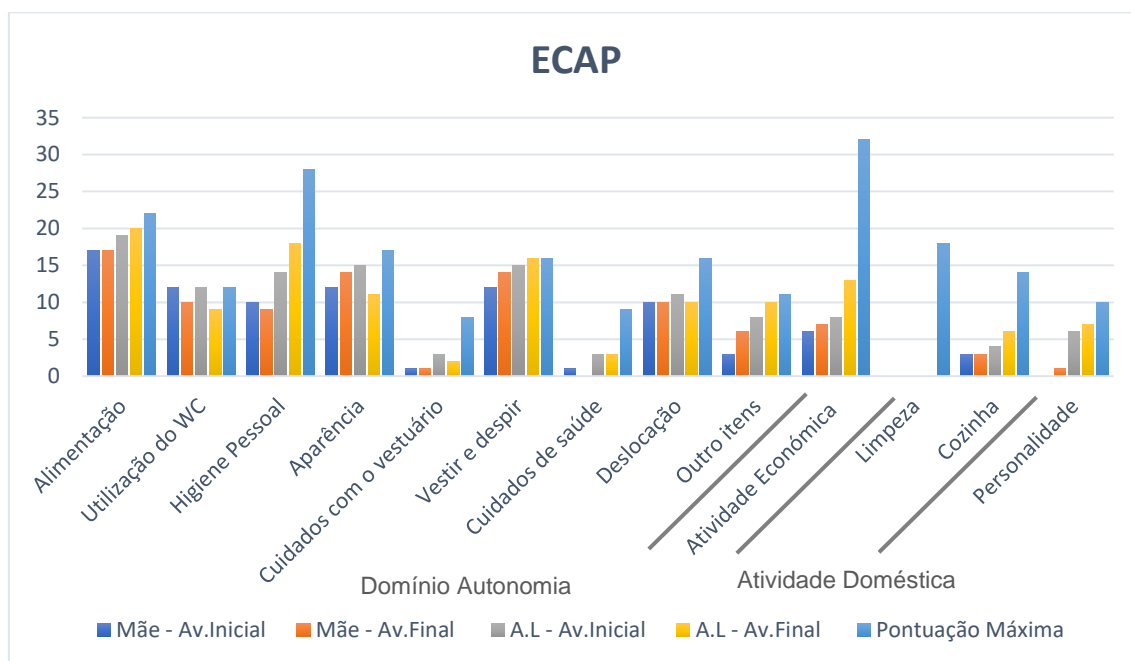


Gráfico 31 - Soma dos itens do instrumento ECAP, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final

Ao analisar o gráfico 31, verificou-se que os resultados da A.L comparativamente aos resultados da mãe da A.L, apresentaram-se ligeiramente mais elevados, isto pode ter acontecido devido ao aumento da autoestima e sobrevalorização das próprias capacidades associadas à perturbação bipolar (Miller, et al., 2008).

Relativamente ao Domínio da Autonomia, verificou-se que a Higiene Pessoal continuou a ser a categoria que apresentou resultados mais baixos, comparativamente com a pontuação máxima correspondente e, nos resultados da mãe, verificou-se uma diminuição. Este foi um dos objetivos estabelecidos para a intervenção, no entanto, segundo a perceção da mãe, que não é unânime com a da A.L, não foi alcançado. Estes resultados podem estar associados aos comportamentos mais instáveis apresentados pela A.L, como já mencionado anteriormente e, como tal, negligenciar a importância dos cuidados pessoais, como os cuidados ao nível da higiene e a realização das tarefas diárias que, como refere Caballo (2007), são características de indivíduos com perturbação mental. Na Alimentação, os resultados apresentaram-se todos muito semelhantes e próximos da pontuação máxima, sendo que apenas se verificou um ligeiro aumento nos resultados da A.L. Na Utilização do WC, sendo que na avaliação

inicial os resultados da mãe e da A.L correspondiam à pontuação máxima, observou-se um decréscimo desses resultados. Na Aparência, os resultados não foram unânimes, uma vez que se verificou um aumento da pontuação nos resultados da mãe e um decréscimo nos da A.L. O mesmo se verificou relativamente aos Cuidados Pessoais, em que os resultados da mãe não alteraram, entre os dois momentos de avaliação, o que não se verificou nos resultados da A.L, que diminuíram. Estes resultados podem estar associados a uma maior consciência da A.L relativamente aos cuidados que deve ter com a aparência e a importância desta no dia-a-dia, uma vez que este foi um dos objetivos trabalhados nas sessões, no entanto, não foi alcançado. Nos Cuidados de Saúde, os resultados da A.L mantiveram-se iguais entre os dois momentos de avaliação, no entanto, verificou-se um decréscimo nos resultados da mãe. Na avaliação inicial, a mãe considerou que a A.L reconhecia a necessidade de marcar consulta de psiquiatria, apesar de não saber marcar, correspondendo a uma cotação de 1 e, na avaliação final, selecionou a cotação de 0, mencionando que a A.L não reconhecia a necessidade de marcar consulta. Na Deslocação, apesar de ter sido um dos objetivos trabalhados, os resultados da mãe mantiveram-se iguais, entre os dois momentos de avaliação, e nos resultados da A.L observou-se uma diminuição. Apesar de não se ter observado melhorias, o decréscimo observado na A.L poderá estar associado a um aumento da consciência das suas capacidades relativas à deslocação.

Relativamente à Atividade Económica, um dos objetivos da intervenção e dos mais trabalhados nas sessões, observou-se um ligeiro aumento, tanto nos resultados da mãe como nos da A.L. Na avaliação inicial, a mãe da A.L mencionou que a filha utilizava o dinheiro, mas não sabia fazer trocos corretamente e, na avaliação final, a mencionou que a A.L conseguia somar moedas até perfazer a quantia de 5€, correspondendo a uma cotação de 5. Estes resultados estão em concordância com um estudo de Borrás e seus colaboradores (Borrás, et al., 2007), em que participaram 57 indivíduos com esquizofrenia, entre os 18 e os 65 anos de idade, que tentou perceber como é que estas pessoas utilizam o dinheiro e quais as suas dificuldades. Este estudo mostrou que os participantes apresentaram dificuldades na gestão do dinheiro, gastando quantias em coisas desnecessárias em vez de produtos essenciais às suas atividades de vida diária. Mostrou ainda que é, geralmente, a família que se encarrega desta tarefa, criando muitas vezes conflitos entre familiares. Assim, os autores concluíram que se torna essencial as questões de utilização e gestão do dinheiro integrarem o programa de reabilitação, de forma a promover um melhor funcionamento e autonomia do indivíduo (Borrás, et al., 2007).

No que diz respeito ao Domínio da Atividade Doméstica, na categoria de Limpeza não se observaram alterações, sendo que continuou com cotação de 0, nos resultados da mãe e da A.L. o que se verificou também na categoria da Cozinha, em que apenas se verificou um ligeiro aumento nos resultados da A.L.

Por último, no Domínio da Personalidade, verificou-se, entre os dois momentos de avaliação, um aumento nos resultados da mãe e da A.L. A iniciativa era uma das maiores dificuldades da A.L e foi trabalhada, de forma indireta, em todas as sessões, sendo um dos objetivos da intervenção. Sendo a falta de motivação e de iniciativa para a realização das tarefas uma característica associada à perturbação mental (APA, 2013; Pinho, et al., 2018), estes resultados mostraram benefícios ao trabalhar estas questões com esta população.

WHOQOL -Bref

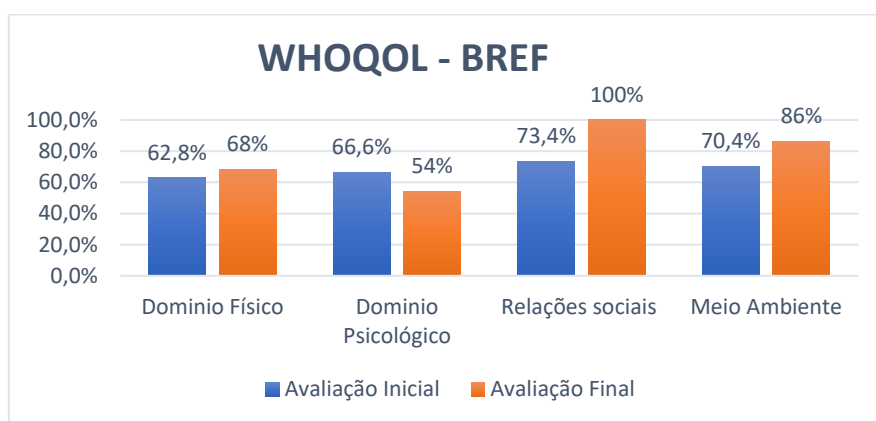


Gráfico 32 - Percentagens do instrumento WHOQOL-bref, relativos ao Acompanhamento Individual II, obtidas na avaliação inicial e na avaliação final

No que se refere aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, à questão “Como avalia a sua qualidade de vida?”, assim como à questão “Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?”, a A.L, na avaliação inicial, selecionou a mesma resposta “Muito Boa”, correspondendo a uma cotação de 5, em ambas as questões, no entanto, na avaliação final, selecionou a resposta “Má” e “Insatisfeito” que correspondem a uma cotação de 2.


Ao comparar os resultados dos dois momentos de avaliação, é possível verificar um aumento da satisfação no Domínio Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Sendo que o Domínio que apresentou uma maior variação foram as Relações Sociais, apresentando, na avaliação final, uma satisfação de 100%. Este resultado no Domínio das Relações Sociais pode ter ocorrido pelo facto de a avaliação inicial ter ocorrido pouco tempo depois da entrada da A.L no FSO, em que poderia ainda não se sentir totalmente integrada no grupo, o que parece ter se vindo a alterar à medida que esta se relacionava com os colegas e participava nas atividades, como a Psicomotricidade ou

as Competências Socioemocionais, em que era promovida a relação entre o grupo. Os resultados relativos ao Domínio do Meio Ambiente e Relações Sociais podem estar associados ao objetivo de promover a mobilidade e a interação na comunidade e de estes terem sido trabalhados ao longo da intervenção. Assim, sendo que, nas perturbações psiquiátricas, a capacidade de interação com os outros e com o meio se encontra comprometida (Aebi, et al., 2014), estes resultados parecem confirmar o papel da intervenção psicomotora ao nível da promoção da qualidade de vida e bem-estar, ao nível da integração social.


No entanto, o mesmo não se verificou no Domínio Psicológico, que sofreu uma descida entre os dois momentos de avaliação. Esta descida ocorreu devido à diminuição da cotação nas respostas às questões “Até que ponto gosta da vida?”, “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”, “Até que ponto está satisfeita consigo própria?” e com o aumento da cotação na “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”. Estes resultados no domínio Psicológico, podem estar associados à maior instabilidade que a A.L demonstrava através dos seus comportamentos, já mencionado anteriormente.

É importante mencionar que, ao longo da intervenção, a estagiária e a Psicomotricista Mafalda Príncipe mantinham contacto com a mãe da utente através de reuniões, contactos telefónicos e via email, de forma a apoiar também a mãe neste trabalho de promoção de autonomia que se desenvolvia com a A.L no FSO. No entanto, a mãe da A.L, apesar de autorizar e reconhecer a intervenção da estagiária e comparecer às reuniões, tinha também algumas dificuldades em estabelecer regras em casa e a colocar em prática as estratégias que a estagiária e a psicomotricista Mafalda lhe transmitiam, de forma a promover também em casa o trabalho que se fazia no FSO. Por exemplo, foram trabalhadas as questões da autonomia no supermercado e em realizar pequenas compras para a casa com a A.L, no entanto, a mãe não a envolvia nesta tarefa. Assim, estes resultados podem também estar associados ao baixo envolvimento da família no processo de intervenção, uma vez que, tal como referido por Figueira, Sampaio e Afonso (2014), a participação ativa da família promove uma maior adesão ao processo de reabilitação, podendo evitar recaídas e promover a minimização das dificuldades associadas à perturbação mental (Adelufosi, Adebawale, Abayomi, & Mosanya, 2012).

Anexo 12 – Exemplo de um plano de sessão do Acompanhamento Individual II

<p>Sessão n.º 6 Data: 12/03/2019 Hora: 14h30 às 15h30 Duração: 50 minutos Local: Fórum Socio Ocupacional</p>					
<p>Objetivos Gerais: Promover a autonomia e a gestão financeira</p>			<p>Material: Moedas reais; Moedas e notas impressas; Cartolina; Tabela de gestão do dinheiro</p>		
ATIVIDADES					
Hora	Descrição / Estratégias	Objetivos Específicos	CrITÉrios de Êxito	EstratÉgia	Material
14h30	<p>Diálogo inicial A estagiária e a utente deverão estar sentadas, junto à mesa. A utente deverá lembrar o que foi trabalhado na sessão anterior. A estagiária deverá apresentar as atividades e objetivos da sessão. Neste momento a utente deverá apresentar o trabalho de casa à estagiária e deverão discutir juntas o que foi feito.</p>	<p>- Dar início à sessão; - Proporcionar a organização mental da estrutura e objetivos desta e das próximas sessões.</p>	<p>- Relembrar os conteúdos da última sessão; - Compreender a estrutura, conteúdo e objetivos da sessão; - Apresentar o trabalho que ficou para casa da última sessão.</p>	<p>Diálogo</p>	
10'					
14h40	<p>Reconhecimento do dinheiro A utente e a estagiária deverão estar sentadas junto à mesa. A estagiária deverá apresentar as diferentes moedas disponíveis no sistema euro.</p>	<p>- Promover o desenvolvimento do cálculo numérico; - Promove o reconhecimento e identificação do dinheiro.</p>	<p>- Explorar as características de cada moeda; - Identificar o valor de cada moeda e nota; - Calcular a quantia existente em dinheiro.</p>	<p>Instrução Feedback Participação</p>	<p>Moedas reais Moedas e notas impressas</p>
15'					
14h55	<p>Preços A utente e a estagiária deverão estar sentadas junto à mesa. A estagiária deverá apresentar um produto (ex. pacote de bolachas) e colocar o dinheiro que este custa. A utente deverá contar o dinheiro e indicar o preço do produto. De seguida, a estagiária deve indicar verbalmente o preço de um produto e a utente terá de colocar a respetiva quantia.</p>	<p>- Promover o desenvolvimento do cálculo numérico; - Promove o reconhecimento e identificação do dinheiro; - Desenvolver a noção do custo dos produtos.</p>	<p>- Contar a quantia apresentada pela estagiária; - Associar as moedas e notas, de modo a formar a quantia indicada pela estagiária.</p>	<p>Instrução Feedback</p>	<p>Moedas e notas impressas Pdf gestão do dinheiro Computador</p>
20'					



16h15'	<p style="text-align: center;">Diálogo final</p> <p>A estagiária e a utente deverão estar sentadas, junto à mesa. Deverá ser feita uma breve reflexão da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a sessão; - Terminar a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar verbalmente a sua opinião e dificuldades em relação às atividades; - Partilhar sugestões para as próximas sugestões. 	Diálogo	
--------	---	--	---	---------	---

Anexo 13 – Exemplo de um relatório do Acompanhamento Individual II

Sessão nº6

Data: 12 de março de 2019

Horário: 14h30 às 15h20

Duração: 50 minutos

Local: Fórum Socio Ocupacional de Lisboa

Intervenientes:

- Utente A.L.
- Estagiária de Reabilitação Psicomotora – Diana Casado

Quando a estagiária chamou a A.L para o acompanhamento, esta encontrava-se na sala de espera, mostrou-se desde logo satisfeita e motivada, o que não aconteceu nas sessões anteriores. No início da sessão, estava planeado a verificação da tabela de tarefas que ficou para trabalho de casa. A A.L disse que não preencheu esta tabela e que a perdeu. Uma vez que não tinha a tabela, a utente fez uma reflexão da sua autonomia relativamente às tarefas da casa e higiene. Pelo que a A.L partilhou, não realizou nenhuma tarefa da casa, tomou banho todos os dias e continuou a ser a mãe a escolher a roupa. A estagiária e a utente estiveram a discutir algumas estratégias que poderiam ajudar na autonomia da escolha da roupa, uma delas foi a escolha desta no dia anterior, antes de ir dormir.

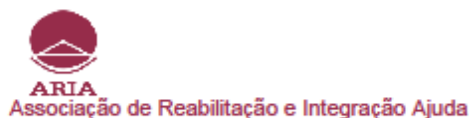
Na primeira atividade, a estagiária apresentou as moedas e notas à A.L. esta conseguiu associar a quantia às moedas e notas correspondentes. No entanto, quando a estagiária lhe pediu para ordenar as moedas e notas de forma crescente, de acordo com a sua quantia, a utente teve alguma dificuldade e necessitou de ajuda da estagiária para esta tarefa. Mostrou também dificuldade em compreender a diferença entre o euro e o cêntimo.

De seguida, no cálculo do dinheiro e do preço dos produtos, numa primeira parte, a estagiária apresentava um produto juntamente com a quantia em dinheiro do preço do produto e pedia à utente que contasse essa quantia de modo a saber qual o preço desse produto. Nesta tarefa, a utente mostrou grandes dificuldades ao nível do cálculo, utilizando sempre a estratégia de contar pelos dedos e, mesmo assim, perdia-se nessa contagem. À medida que foi realizando o cálculo de mais quantias, a utente foi se mostrando mais à vontade nesta tarefa e com menos dificuldades. Numa outra parte da atividade, a estagiária apresentava o produto e o preço correspondente e pedia à A.L

que identificasse as notas ou moedas necessárias para essa quantia. Nesta tarefa a utente mostrou mais dificuldades do que na anterior. A A.L, para facilitar o cálculo, tentava sempre utilizar as moedas da mesma quantia, por exemplo, para fazer 90 cêntimos, utilizava nove moedas de 10 cêntimos, em vez de 2 moedas de 20 e outra de 50 cêntimos. Para trabalhar esta noção de igualdades, a estagiária apresentava-lhe dois grupos de moedas, com moedas diferentes, e pedia à A.L para fazer a comparação das quantias e qual o grupo que valia mais. Ela tendia sempre a escolher o grupo que tinha moedas maiores, sem realizar o cálculo das quantias, argumentando simplesmente que o grupo continha uma moeda de maior valor, logo valia mais. Fez-se este exercício várias vezes até a A.L perceber que tinha sempre de realizar o cálculo da quantia antes de identificar o grupo com maior valor.

Assim, esta sessão correu bastante bem a A.L esteve sempre muito motivada e satisfeita por estar a conseguir realizar as tarefas. Esta mostrou-se ansiosa por contar à mãe o que tinha trabalhado nesta sessão, disse que a mãe nem ia acreditar que ela estava a conseguir resolver estes exercícios.

Anexo 14 – Formulário Peddypapper planeado pela estagiária



À Descoberta de Belém Peddy-Paper em Belém

Nome da Equipa: _____

Nome dos elementos da Equipa:

Slogan da equipa: _____

Com este peddy-paper pretende-se que os elementos de cada equipa explorem a zona de Belém, trabalhem em equipa e se divirtam.

Regras:

- Cada equipa deverá preencher corretamente o cabeçalho do questionário;
- O local de partida do Peddy-Paper é no Jardim de Belém;
- Deverá ser seguida a ordem das perguntas do questionário;
- O grupo deverá permanecer sempre junto;
- As perguntas deverão ser respondidas em grupo e não individualmente;
- Deverá terminar até às XXX;

Pontuação:

- Cada resposta correta valerá 10 pontos;
- Cada atividade bônus valerão 5 pontos;
- A pontuação do slogan será atribuída por todos os elementos das outras equipas, que poderá ir de 0 a 5.

1. O que vos permite passar por baixo de uma linha de comboio? Passem por esse local de forma a que consigam passar para o outro lado da linha. Vão encontrar um monumento que simboliza as navegações marítimas do povo português.
 - I. Como se chama esse monumento?
 - II. Quantas pessoas estão representadas no monumento?
 - III. Identifiquem uma personagem associada aos descobrimentos.



Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

- IV. Na extremidade desse monumento vão encontrar um homem. O que ele carrega nas mãos?



Em que ano Portugal descobriu Timor? Em que ano dobraram o Cabo da Boa Esperança?

2. Do outro lado da linha vão encontrar um edifício onde decorrem vários eventos culturais, como exposições, concertos. Dirijam-se até lá.

- I. O que significa a sigla CCB?
- II. Quantos postes para bandeiras encontram nesse local?
- III. Indiquem um dos eventos que se irá realizar neste local e a data em que irá ocorrer.



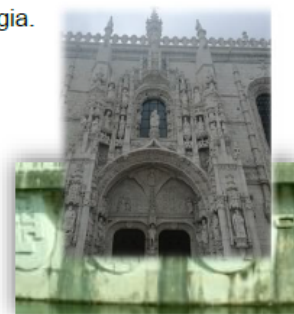
O filho do meu pai é pai do padre. Qual o meu grau de parentesco do padre?

3. Se se posicionarem de costas para o CCB, do vosso lado esquerdo vão encontrar mais um monumento. Dirijam-se até lá.

- I. Qual o nome deste monumento? R: Mosteiro dos Jerónimos
- II. Quanto custa a entrada para um adulto neste monumento? R: 10€
- III. Neste edifício está também situado o Museu Nacional de Arqueologia. Em que ano foi fundado este museu? R: 1893



Estão muito perto do local desta foto. Quantas esculturas religiosas estão nesse local?



4. Logo em frente a este último monumento encontra-se o Jardim da Praça do Império. Dirijam-se até lá.

- I. No centro deste jardim, encontra-se a Fonte Luminosa. Quantos brasões existem em torno desta fonte?
- II. Quantas estátuas de cavalos conseguem encontrar?
- III. O que representam os símbolos esculpidos nos arbustos neste jardim? Brasões



ARIA
Associação de Reabilitação e Integração Ajuda



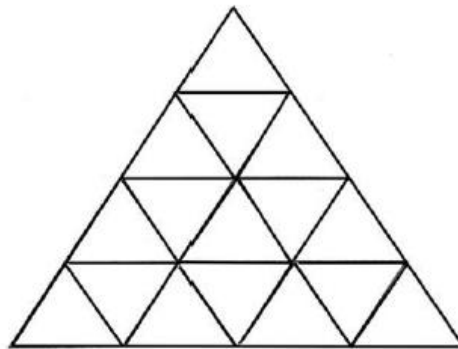
Adivinha:
Uma caixa redondinha
Mas que pode rebolar
Todos a sabem abrir
Mas ninguém a sabe fechar

5. Dirige-te ao local onde poderás comer os famosos Pastéis de Belém.

- I. Quanto custa um pastel de Belém? E uma caixa de 6 pastéis?
- II. Quando foi fundada a loja?
- III. Em média, quantos pasteis de belém são vendidos por dia?



Quantos triângulos consegues contar nesta figura?



Esta casa foi oferecida pelo governo real da Tailândia, na comemoração dos 500 anos das relações deste país com Portugal. Conseguem identificar este local? Dirijam-se até lá.

Anexo 15 – Escala de Avaliação das Competências

Socioemocionais

Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Air & Casel – Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

Tradução por Casado, D., Simões, C., Sousa, N., e Vargas, J., 2019; Adaptação por Casado, D., 2019

Itens de preenchimento pelo técnico

Nome do utente: _____

Nome do técnico: _____

Data de preenchimento: _____

Todos os itens devem ser preenchidos de acordo com a escala de frequência de 1 a 4, sendo que:

1 – Raramente

2 – Ocasionalmente

3 – Frequentemente

4 – Quase sempre

NA – Não é possível avaliar/ Não tenho a certeza

		1	2	3	4	NA
Autoconsciência	Sente-se confortável na partilha de sentimentos de uma forma culturalmente apropriada.					
	Compreende os seus pontos fortes ou fracos.					
	É capaz de explicar porque é que disse ou fez alguma coisa.					
	Expressa sentimentos adequados à situação.					
Autogestão	Consegue controlar o seu comportamento quando está zangado, frustrado, dececionado ou entusiasmado.					
	Aceita quando as coisas não acontecem à sua maneira.					
	Responde construtivamente ao ser corrigido pelos técnicos.					

	Permanece na tarefa, mesmo com distrações.					
Consciência Social	Responde com empatia a outras pessoas que estão chateadas.					
	Respeita os pontos de vista/opiniões de outras pessoas.					
	Respeita a propriedade de terceiros.					
	Repara e elogia as conquistas de outras pessoas.					
Competência Relacional	Trabalha bem com os outros.					
	Integra-se nas atividades de grupo sem problemas.					
	Resolve conflitos de forma construtiva.					
	Dá-se bem com outros adultos.					
Tomada de decisão responsável	Mostra a capacidade de decidir entre o certo e o errado.					
	Assume a responsabilidade pelas suas próprias ações.					
	Responde adequadamente à pressão negativa dos colegas.					
	Segue as regras de acordo com o contexto (ex: FSO).					

Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Air & Casel – Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

Tradução e Adaptação Diana Casado (2019)

Nome do utente: _____

Data de preenchimento: _____

Todos os itens devem ser preenchidos de acordo com a escala de frequência de 1 a 4, sendo que:

1 – Raramente

2 – Ocasionalmente

3 – Frequentemente

4 – Quase sempre

NA – Não é possível avaliar/ Não tenho a certeza

		1	2	3	4	NA
Autoconsciência	Eu compreendo os meus humores e sentimentos.					
	Eu compreendo porque faço o que faço.					
	Quando estou chateado, eu analiso o que estou a sentir antes de fazer alguma coisa.					
	Eu estou consciente da forma como o meu humor afeta a maneira como trato outras pessoas.					
	Eu consigo identificar e nomear as emoções que sinto.					
	Eu presto atenção quando faço as coisas.					

Autogestão	Esforço-me muito para ter bons resultados nas minhas atividades (FSO, formação ou contexto profissional).					
	Eu paro e penso antes de fazer qualquer coisa quando estou zangado.					
	Eu estabeleço padrões elevados para mim.					
	Eu esforço-me.					
	Eu continuo focado nas tarefas que preciso de realizar, mesmo que não goste delas.					
	Eu sou de confiança.					
	Eu tenho um grande autocontrolo.					
Consciência Social	Eu ouço atentamente o que os outros me dizem.					
	Eu dou-me bem com colegas que são diferentes de mim.					
	É importante para mim ajudar os outros.					
	Eu consigo perceber quando alguém está a ficar zangado ou chateado antes de dizerem qualquer coisa.					
	Eu preocupo-me com os sentimentos e pontos de vista das outras pessoas.					
	Eu tento perceber o que os outros sentem ou pensam.					
Competência Relacional	Eu sei discordar sem iniciar uma briga ou uma discussão.					
	Peço ajuda aos técnicos quando preciso.					
	Se ficar chateado com um amigo, consigo falar sobre isso e melhorar as coisas.					
	Eu sou capaz de trabalhar bem com os outros.					
	É fácil para mim juntar-me a uma conversa que outros colegas já iniciaram.					
	Eu gosto de estar com pessoas com histórias e experiências de vida diferentes da minha.					
	Quando tenho problemas no FSO, sou bom a encontrar maneiras de os resolver.					

Tomada de decisão responsável	Se não consigo solucionar algo, tento soluções diferentes até uma dar resultado.					
	Quando tomo uma decisão, penso nas possíveis consequências.					
	Eu assumo a responsabilidade pelos meus erros.					
	Consigo dizer “não” quando alguém quer que eu faça coisas erradas ou perigosas.					