



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Terapia Psicomotora no Departamento de Saúde Mental do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca

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

Orientador: Professor Doutor Rui Martins

Presidente

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora associada com agregação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Vogais

Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

BÁRBARA GRAVE CHARTIER MILHEIRO DA SILVA

2024

Agradecimentos

Primeiramente, gostava de agradecer a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, acompanharam o meu percurso nos últimos cinco anos. Acredito que todos vocês me ajudaram a tornar-me na pessoa que sou hoje.

Agradeço, também, à Faculdade de Motricidade Humana, que em 2019 me abriu as portas que eu nunca tinha sonhado que iriam ser abertas.

À Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana, por ser, por um lado, a minha maior dor de cabeça e, por outro, o meu escape lúdico.

Deixo um agradecimento especial ao Professor Doutor Rui Martins, o meu orientador académico, pelo seu apoio e disponibilidade, sempre de forma atenciosa e empática.

Às minhas orientadoras locais – Dra. Janete Maximiano, Dra. Eliana Santos e Dra. Sara Santos – obrigada por me mostrarem o bom que é ser psicomotricista.

A toda a equipa do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca que me acolheu e ajudou sempre.

Aos meus avós, Flor e Jorge, que foram incansáveis e me ajudaram a tornar este relatório no que ele é. Sei que sem vocês não teria conseguido.

Agradeço a toda a minha família – mãe, pai, tios e avós – pelo apoio incessante e motivador e, ainda, pela paciência em ouvir-me falar horas a fio sobre o meu estágio.

Aos meus irmãos – João Maria, Ricardo e Valentina – por, mesmo sem saberem, me darem força para ser uma irmã melhor de quem vocês se orgulham.

À minha amiga Xana, por me ter ouvido pensar horas a fio, por ter pensado comigo outras tantas e por ter tornado todo este caminho mais leve.

Agradeço às minhas amigas – Mariana Costa, Marta Costa, Pipa, Mariana Silva, Íris Barreira, Marta Tyssen – por me ajudarem, especialmente, em tudo o que não tinha a ver com este relatório. A todos os outros amigos que estão no meu coração, obrigada também.

Deixo, também, um agradecimento aos meus animais de estimação – Ziggy, Palito e Bica – que, mesmo não tendo noção da vida de um ser humano, foram a minha companhia constante e afetuosa durante estes meses de escrita.

Por fim, não podia deixar de agradecer a todos os utentes por me permitirem aprender com eles e por me receberem sempre da melhor forma. Sem vocês não teria percebido que é isto que quero fazer. Obrigada!

Resumo

Este relatório, elaborado no âmbito da unidade curricular Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa, descreve as atividades de estágio desenvolvidas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca. Ambas as experiências focaram-se na criação e implementação de projetos terapêuticos psicomotores para crianças, adolescentes e adultos com perturbações mentais. O relatório está estruturado em três capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico, explorando temas como a Psicomotricidade, a Saúde Mental, algumas psicopatologias das faixas etárias abordadas e as metodologias de intervenção utilizadas. O segundo capítulo caracteriza a instituição onde decorreram as atividades, oferecendo uma visão deste contexto e das populações atendidas. No terceiro capítulo, é detalhada a prática profissional, incluindo a descrição de estudos de caso que demonstram a eficácia das intervenções realizadas. O relatório reflete sobre o impacto dessas experiências na formação da estagiária e sublinha a importância da intervenção psicomotora na saúde mental, evidenciando o seu valor tanto no acompanhamento individual quanto em grupo.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Saúde Mental na Infância e na Adolescência; Saúde Mental no Adulto; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; Métodos de Relaxação; Sintomas Negativos; Avaliação Psicomotora; Intervenção Psicomotora.

Abstract

This report is part of the Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, part of the Master's degree in Psychomotor Rehabilitation at Faculdade de Motricidade Humana, University of Lisbon, and outlines the internship activities conducted in the Psychiatry and Mental Health in Adults Service and Psychiatry and Mental Health in Child and Adolescents Service of the Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Both experiences centered on the development and implementation of psychomotor therapeutic projects for children, adolescents, and adults with mental disorders. The report is structured into three main chapters. The first chapter presents the theoretical framework, exploring topics such as Psychomotricity, Mental Health, common psychopathologies in the addressed age groups, and the intervention methodologies applied. The second chapter characterizes the institution where the activities took place, providing an overview of the context and populations served. The third chapter details the professional practice, including case studies that demonstrate the effectiveness of the interventions carried out. This report reflects on the impact of these experiences on the intern's development and emphasizes the importance of psychomotor intervention in mental health, highlighting its value in both individual and group interventions.

Keywords: Psychomotricity; Mental Health in childhood and adolescence; Adult Mental Health; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; Relaxation Methods; Negative Symptoms; Psychomotor Assessment; Psychomotor Intervention.

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association
APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
AVD – Atividades de Vida Diária
BASC – Behaviour Assessment Scale for Children
BPM – Bateria Psicomotora
DAP – Draw a Person Test
EMoB – Escala Motora Breve
GOC – Grelha de Observação do Comportamento
HDFT – Human Figure Drawing Test
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPM – Observação Psicomotora
PA – Perturbações de Ansiedade
PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada
PB – Perturbação Bipolar
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PEE – Perturbação do Espectro da Esquizofrenia
PH – Perturbação do Humor
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PM – Psicomotricidade
PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
POC – Perturbação Obsessivo Compulsiva
PRS – Parent Rating Scale
PSS – Perturbação de Sintomas Somáticos
RC – Relaxação Criativa
RMP – Relaxação Muscular Progressiva
RPS – Relaxação Psicossensorial
RT – Relaxação Terapêutica
SM – Saúde Mental
SM+ - Saúde Mental Positiva
SNMD – Sinais neurológicos motores discretos
SPSMA - Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto
SPSMIA – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência
SRP – Self-Reported Personality
TO – Terapia Ocupacional
TRS – Teacher Rating Scale

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo	II
Abstract	III
Lista de Abreviaturas	IV
Índice de Tabelas.....	VII
Índice de Figura	VIII
Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....	2
1. Psicomotricidade	2
2. Saúde Mental	3
2.1 Enquadramento legal da saúde mental em Portugal	5
2.2 Psicopatologia da Infância e da Adolescência	7
2.2.1 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	7
2.2.2 Perturbação do Humor	9
2.3 Psicopatologia do Adulto	10
2.3.1 Perturbação do Espetro da Esquizofrenia.....	10
2.3.2 Perturbações de Sintomas Somáticos	13
3. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental.....	15
3.1 Intervenção Psicomotora em Saúde Mental na Infância e na Adolescência	16
3.2 Intervenção Psicomotora em Saúde Mental no Adulto.....	18
3.3 Metodologias de Observação/Intervenção Psicomotora	20
3.3.1 Observação Psicomotora	20
3.3.2 Relaxação Terapêutica	21
3.3.3 Jogo	25
3.3.4 Técnicas gnossopráticas	26
II. Enquadramento institucional.....	27
1. Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – HFF.....	27
2. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos	28
2.1 Espaço@com Damaia e Queluz.....	28
3. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	29
4. Caracterização do contexto físico e dos materiais de intervenção	31
1.1 Espaço@com Damaia.....	31
1.2 Espaço@com Queluz.....	32
1.3 SPSMIA.....	32
III. Realização da Prática Profissional	32
1. Atividades de Estágio	33
1.1 Organização das Atividades de Estágio.....	33
1.2 Calendarização e horário das Atividades de Estágio	34

2.	A Psicomotricidade no HFF	36
2.1	Modelo de Intervenção Psicomotora no HFF.....	36
2.2	Sessão-Tipo	37
2.3	Sessão individual vs. Sessão de grupo	38
3.	Instrumentos de avaliação	39
1.3	Escala Motora Breve (Guimarães et al., 2016)	39
1.4	Human Figure Drawing Test (Mitchell et al., 1993).....	40
1.5	Grelha de Observação do Comportamento (Duarte et al., 2015).....	41
1.6	Bateria Psicomotora (Fonseca, 2021)	41
1.7	Behaviour Assessment Scale for Children (Reynolds & Kamphaus, 1992)..	42
1.8	Draw a Person Test (Naglieri, 1988).....	43
4.	Caracterização da população atendida.....	44
4.1	Evolução Geral dos Casos Acompanhados – Grupos Terapêuticos	46
4.2	Evolução Geral dos Casos Acompanhados – Acompanhamento Individual.	48
5.	Estudo de Caso I	50
5.1	Caracterização do caso.....	50
5.2	Motivos de Encaminhamento	51
5.3	Avaliação inicial.....	52
5.4	Perfil Intraindividual	58
5.5	Fatores de Risco e Proteção	59
5.6	Hipóteses Explicativas.....	59
5.7	Projeto Terapêutico.....	62
5.7.1	Objetivos terapêuticos	62
5.7.2	Estratégias de intervenção	63
5.8	Evolução Terapêutica	64
5.9	Avaliação Final e Considerações Finais	66
6.	Estudo de Caso II	72
6.1	Caracterização do caso.....	72
6.2	Motivos de Encaminhamento	73
6.3	Avaliação inicial.....	74
6.4	Perfil intraindividual	76
6.5	Fatores de Risco e Proteção	77
6.6	Hipóteses Explicativas.....	77
6.7	Projeto Terapêutico.....	79
6.7.1	Objetivos terapêuticos	79
6.7.2	Estratégias de intervenção	81
6.8	Evolução Terapêutica	81
6.9	Avaliação Final e Considerações Finais	82
7.	Atividades Complementares	87

Conclusão.....	88
Referências Bibliográficas	91
Anexos	104
Anexo A – Contextos físicos de intervenção.....	104
Anexo B – Apresentação do Estudo de Caso I, à equipa de SPSMIA	106
Anexo C – Apresentação “Intervenção Psicomotora em Saúde Mental no Adulto”, ao núcleo de estágio	110
Anexo D – Apresentação “Intervenção orientada pelo corpo nos Sintomas Negativos”, ao núcleo de estágio	112
Anexo E – Apresentação Estudo de Caso I, ao núcleo de estágio	115
Anexo F – Apresentação Estudo de Caso II, ao núcleo de estágio.....	118
Anexo G – Apresentação Caso MF, ao núcleo de estágio	121
Anexo H – Casos Observados no estágio	124
Anexo I – Documentos do Caso MF	125
Anexo J – Avaliação Inicial do LD.....	130
Anexo K – Sessão e registo de sessão do LD.....	139
Anexo L – Avaliação Final do LD.....	143
Anexo M – Avaliação Inicial do DS	149
Anexo N – Sessão e registo de sessão do DS	153
Anexo O – Avaliação Final do DS.....	156
Anexo P – Programa do Encontro Semente	164
Anexo Q – Poster do núcleo de estágio “O que é a Psicomotricidade e quais os Objetivos?”	165
Anexo R – Certificado Summer School	166

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Sessões em que a estagiária esteve presente	33
Tabela 2 - Calendarização das Atividades de Estágio no Espaço@com	35
Tabela 3 - Calendarização das Atividades de Estágio na PIA	35
Tabela 4 - Horário das Atividades de Estágio	36
Tabela 5 - Caracterização dos casos acompanhados pela estagiária	45
Tabela 6 - Perfil Psicomotor do LD, na avaliação inicial	53
Tabela 7 - Pontuação do LD no DAP, na avaliação inicial	54
Tabela 8 - Perfil Intraindividual do LD.....	59
Tabela 9 - Objetivos estabelecidos para o domínio psicomotor do LD	62
Tabela 10 - Objetivos estabelecidos para o domínio socioemocional do LD	63
Tabela 11 - Objetivos estabelecidos para o domínio cognitivo do LD	63
Tabela 12 - Pontuação do LD no DAP, na avaliação final.....	67
Tabela 13 - Perfil intraindividual do DS	76
Tabela 14 - Objetivos estabelecidos para o domínio psicomotor do DS	80
Tabela 15 - Objetivos estabelecidos para o domínio cognitivo do DS	80
Tabela 16 - Objetivos estabelecidos para o domínio socioemocional do DS	80
Tabela H1 - Casos Observados	126
Tabela N1 - Sessão de PM, 12 de março de 2024	154

Tabela Q1 - Sessão de PM, 13 de maio de 2024	176
--	-----

Índice de Figura

Figura 1 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pela mãe, na avaliação inicial	55
Figura 2 - Gráfico do perfil clínico obtido pela mãe, na avaliação inicial	56
Figura 3 - Gráfico do perfil clínico obtido pelo LD, na avaliação inicial	57
Figura 4 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pelo LD, na avaliação inicial	58
Figura 5 - Gráfico do perfil clínico obtido pela Mãe, na avaliação final	68
Figura 6 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pela Mãe, na avaliação final	69
Figura 7 - Gráfico do perfil clínico obtido pelo LD, na avaliação final	70
Figura 8 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pelo LD, na avaliação final	71
Figura 9 - Gráfico dos resultados da EMoB do DS, na avaliação inicial	75
Figura 10 - Gráfico dos resultados da EMoB do DS, na avaliação final	83
Figura A1 - Gabinete da PM, Espaço@com Damaia	103
Figura A2 - Biblioteca, Espaço@com Damaia	103
Figura A3 - Sala da PM, PIA	104
Figura A4 - Sala da TO, PIA	104

Introdução

O presente relatório descreve as atividades realizadas durante o estágio curricular integrado no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, no âmbito da unidade curricular Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais. Este estágio teve lugar no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, mais especificamente no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência. As atividades de estágio tiveram como orientador académico o Professor Doutor Rui Martins e como orientadora local a Dra. Janete Maximiano, coadjuvada pelas Dra. Eliana Santos e Dra. Sara Santos.

Esta unidade curricular visou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos na área da Psicomotricidade, com foco no desenvolvimento de metodologias de planeamento, avaliação e intervenção no contexto de Saúde Mental da criança, do adolescente e do adulto. Adicionalmente, promoveu a integração em equipas multidisciplinares e a articulação com as famílias e a comunidade. Este relatório expõe, assim, a experiência do estágio e as competências adquiridas no âmbito da Psicomotricidade.

Assim, para apresentar e caracterizar o trabalho desenvolvido, o presente relatório de estágio encontra-se estruturado em três capítulos: Enquadramento Teórico da Prática Profissional, Enquadramento Institucional e Realização da Prática Profissional. No primeiro capítulo são descritos os conceitos de Psicomotricidade e Saúde Mental, incluindo algumas psicopatologias da infância, da adolescência e do adulto, é caracterizada a Psicomotricidade no contexto da Saúde Mental – tanto em crianças e adolescentes como em adultos – e são definidas algumas metodologias de intervenção psicomotora. No segundo capítulo é contextualizada a instituição onde decorreu o estágio. No último capítulo é descrita a prática profissional realizada, mais concretamente a organização das atividades de estágio, os procedimentos metodológicos de intervenção e avaliação e a população acompanhada, são aprofundados dois estudos de caso e o seu projeto terapêutico, e são apresentadas as atividades complementares ao estágio. Finalmente, é realizada uma reflexão crítica sobre as vivências, os seus contributos e limitações, decorrentes do estágio para o desenvolvimento das competências profissionais da estudante no âmbito da Psicomotricidade.

I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional

No presente capítulo serão descritas as temáticas enquadradas na prática profissional realizada no âmbito das Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais. Irá, então, ser feita uma descrição da Psicomotricidade e da Saúde Mental – que inclui informação sobre a promoção e a legislação da mesma –, seguida de uma análise de algumas psicopatologias da infância, da adolescência e do adulto. Finalmente, será apresentada a Psicomotricidade no contexto da Saúde Mental, especificando as diferenças na intervenção entre as faixas etárias e algumas metodologias utilizadas no contexto profissional do estágio – Observação Psicomotora, Métodos de Relaxação, o jogo e técnicas gnosopráticas.

1. Psicomotricidade

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade ([APP], 2021), a Psicomotricidade (PM) apresenta uma visão holística do ser humano, compreendendo as áreas cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais do mesmo, uma vez que a partir do corpo e da mente deste, visa a sua integração e orientação no espaço e no tempo e a interação com o que o rodeia (Fonseca, 2010). A intervenção psicomotora pode ser preventiva, educativa ou reeducativa e terapêutica e as sessões podem ser realizadas de forma individual ou grupal (Aragón, 2012; Martins, 2001). Esta intervenção interpreta o indivíduo, com as suas características únicas, enquadrando-o sempre no seu contexto ecológico, sócio-histórico e cultural (Fonseca, 2010).

A PM pode, também, ser descrita como uma terapia que observa, estuda e investiga as relações e influências mútuas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2010) e, também, os comportamentos desajustados, provenientes de problemas do desenvolvimento, aprendizagem ou relacionados com aspetos psicoafetivos (Martins, 2001; Probst & Vliet, 2005).

A motricidade é o conjunto de expressões corporais que sustentam as manifestações do psiquismo, podendo estas ser gestuais, motoras ou até mesmo não verbais (Fonseca, 2010). Já o psiquismo é composto pela atividade mental total – sensações, emoções, representações – e engloba, ainda, todos os processos cognitivos que permitem a execução da motricidade (Fonseca, 2010). Desta forma é perceptível que, para uma melhor intervenção psicomotora, o terapeuta deve relacionar a motricidade com o psiquismo, as sensações, o tónus, as emoções, a postura, a intenção e a anatomia do utente (Alves, 2022).

Na PM dá-se primazia ao corpo, para que o indivíduo manifeste a sua identidade, de forma a favorecer a relação afetiva e funcional com o seu corpo, com os outros, com

o espaço, com o tempo e com os objetos (Boscain, 2003). Uma vez que a linguagem corporal antecede a linguagem verbal e que a aprendizagem de novas habilidades parte do corpo para se integrar na mente, o psicomotricista tem como prioridade um trabalho corporal para, depois, passar a um trabalho verbal. A mediação corporal irá ajudar a dar significado à relação, promovendo uma evolução desde as representações psíquicas corporais até às simbólicas, através da expressão abstrata, seja por meio da expressão motora, verbal ou escrita (Aucouturier & Lapierre, 1988 citado em Almeida, 2005).

A PM inclui, ainda, uma dimensão afetiva significativa devido às suas implicações tónicas, emocionais e relacionais, destacando a importância do diálogo tónico na formação da personalidade (Fonseca, 2004). Assim, a intervenção psicomotora atua sobre a personalidade dos indivíduos, incorporando um conjunto de atividades que irão favorecer o seu desenvolvimento global, o que irá influenciar, positivamente, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Fonseca, 2004).

Assim, esta é uma área muito vasta, que se dirige a pessoas de todas as faixas etárias que possam apresentar, ou não, uma deficiência, dificuldade ou incapacidade e que necessitem de uma intervenção psicomotora (Fonseca, 2010). Na PM aplicada a qualquer população-alvo, é fundamental conhecer, cuidar e respeitar a individualidade de cada utente, enquanto se fomentam, motivam e fortalecem as suas capacidades (Fonseca, 2010; Mila, 2019). Como também já foi referido, a PM aborda o ser humano como um todo, tendo sempre em conta o seu funcionamento ou disfuncionamento, a sua aprendizagem e a sua adaptação ao meio que o rodeia (Fonseca, 2010).

2. Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2013), o estado de saúde completa não assenta apenas na ausência de doença, mas também no estado de bem-estar físico, social e mental do indivíduo. Por outro lado, segundo o Ministério da Saúde (2018), a saúde mental é “*o bem-estar emocional e psicológico, em que o ser humano utiliza as suas capacidades cognitivas e emocionais para se desenvolver socialmente e se tornar autónomo*”.

A saúde mental foi, durante muitos anos, negligenciada (Almeida, 2018). Atualmente, esta é cada vez mais reconhecida como um ingrediente fundamental da saúde de cada ser humano. Da mesma forma que a saúde não é apenas a ausência de doença, a saúde mental não é apenas a inexistência de doença mental (Almeida, 2018). Embora esta ausência de doença mental contribua de forma positiva para a saúde mental, não consegue garantir, por si só, uma boa saúde mental (Almeida, 2018). Segundo a Comissão das Comunidades Europeias ([CCE], 2005) e alguns autores

(Almeida, 2018; Alves & Rodrigues, 2010), o estado mental de cada sujeito depende da interação dos fatores biológicos e ambientais, estando aqui incluídos a situação familiar e económica, a vida social e o sentimento individual de cada um, sendo que a conjugação destes fatores é sempre variável.

Atualmente, e de forma geral, as intervenções em saúde mental abrangem as abordagens farmacológicas, terapêuticas ou psicoterapêuticas, ocupacionais, psicoeducativas, entre outras (Afonso, 2002). Todos estes tipos de terapia podem ser desenvolvidos de forma individual ou grupal, promovendo competências como a autonomia, a interação social, o autoconhecimento e a empatia (Guadalupe, 2001). Para além destas abordagens terapêuticas, é sempre fundamental o apoio social, dado que foi comprovado que este pode ser determinante para pessoas com doença mental (Huang et al., 2008).

Em Portugal, segundo os dados estatísticos mais recentes, cerca de 22% da população apresenta uma perturbação mental, sendo que na Europa a média é de 16,7% (Almeida, 2018; Lusa, 2023; OMS, 2016). A perturbação mental com mais prevalência em Portugal é a Perturbação da Ansiedade (9%), seguida da Depressão (6%) e do consumo de álcool e drogas (4%) (Lusa, 2023). Mesmo sem diagnóstico, segundo o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (2023), existem 34,3% portugueses com 16 ou mais anos que apresentam sintomas de ansiedade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Ao nível das crianças e adolescentes, sabe-se que uma em cada cinco apresenta evidências de problemas mentais (OMS, 2003). Apesar destes dados, os serviços especializados em SM em Portugal apresentam algumas dificuldades devido à carência de profissionais (Lusa, 2023).

O conceito Saúde Mental Positiva (SM+) tem sido valorizado como importante por alguns autores, aparecendo na literatura quando se começa a perceber que a diminuição ou superação da doença não indicam que o indivíduo é saudável (Keyes, 2005; Vásquez-Colunga et al., 2017). Desta forma, a SM passou a ser interpretada segundo características próprias e distintas da DM (Keyes, 2005; Vásquez-Colunga et al., 2017).

O conceito de SM+ surge com funções de promoção das ações que reforçam e fomentam a SM na sua generalidade, como a capacitação do indivíduo para perceber e interpretar o ambiente envolvente, para se adaptar ao mesmo, transformando-se a si e ao meio, e para comunicar com os outros (Lluch, 2015; Sequeira et al., 2014). A SM+ refere-se, assim, ao conjunto de características psicossociais positivas, como a satisfação pessoal ou a capacidade de resolução de problemas, que irão promover um bem-estar geral e uma vida harmoniosa consigo próprio e com a sociedade, enquanto o protegem do desenvolvimento de uma doença mental (Galvão, 2019; Sequeira, 2016).

Segundo Lluch (1999), existem seis fatores que contribuem para a definição de SM+: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, capacidade de resolução de problemas e habilidades de relacionamento interpessoal. Este autor acrescenta, ainda, que para promover a SM+ o indivíduo deve adquirir competências ligadas a estes fatores, como o pensamento crítico, a comunicação e a empatia, e utilizar métodos, como as técnicas de relaxação, que facilitem o confronto com emoções, pensamentos e comportamentos menos confortáveis (Lluch, 2002). Desta maneira, o indivíduo irá sentir-se mais capacitado para promover o seu estado de saúde, para lidar com as adversidades da vida e para tomar decisões em relação a si e ao meio que o rodeia (Lluch, 2015).

Ademais, a SM+ deve tanto promover as emoções e pensamentos positivos como dar espaço e aceitar os negativos, sendo um indivíduo tão saudável quando se sente feliz e satisfeito como quando se sente triste e irritado (Lluch et al., 2013; Luch, 2014).

O Recovery é um conceito utilizado na intervenção com pessoas com doença mental e pode ser sintetizado em três pontos: 1) é um processo pessoal e único, onde existe uma mudança de valores, atitudes, sentimentos, objetivos, habilidades e funções familiares e sociais; 2) apesar das limitações decorrentes da doença existente, representa uma forma de viver e de realização; 3) implica dar, continuamente, um novo significado e sentido à vida, ao longo do desenvolvimento pessoal, para além da doença (Anthony, 2007). Este conceito relaciona-se com programas de reabilitação psicossocial, de integração na sociedade e de autoeficiência, de forma a estimular ativamente o utente que neles participa (Vasconcelos, 2017). O Recovery procura valorizar a autodeterminação e os objetivos da vida do indivíduo, como a sua educação, os seus valores ou a sua sexualidade (Vasconcelos, 2017).

2.1 Enquadramento legal da saúde mental em Portugal

Em agosto de 2023, entrou em vigor a nova Lei da Saúde Mental que apresenta a definição, os fundamentos e os objetivos da política da SM, os direitos e os deveres das pessoas com necessidades de cuidados de SM, as restrições dos seus direitos e estabelece, ainda, as garantias de proteção da liberdade e autonomia destas pessoas (Lei nº35/2023). Nesta lei está, também, descrito que cada pessoa tem direito a um atendimento personalizado, que deve ser realizado num ambiente adequado para tal e com uma equipa multidisciplinar que assegure as respostas às necessidades apresentadas. O atendimento deve ter uma finalidade terapêutica, sendo orientado para a recuperação integral da pessoa, visando a sua (re)capacitação, (re)empoderamento e a reposição da autonomia da pessoa (Lei nº35/2023).

Uns anos antes, em 2008, foi criado o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) que tinha como objetivos: garantir a igualdade no acesso aos cuidados a todas as pessoas com problemas de SM em Portugal; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de SM; diminuir o impacto das perturbações mentais; contribuir para a promoção da SM dos portugueses; promover a descentralização dos serviços de SM, permitindo a prestação de cuidados na comunidade; promover a integração dos cuidados de SM no sistema geral de saúde ao nível dos cuidados primários e dos hospitais gerais (Resolução de Conselho de Ministros, 2008).

Embora o PNSM tenha sido extinto em 2011 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, por restrições financeiras, continua a ser uma referência para a promoção, prevenção e tratamento da SM em Portugal (Almeida, 2018). Em 2017, foi lançado um novo PNSM que contém um resumo do trabalho realizado até à data e propostas prioritárias a serem realizadas até 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em 2013, a OMS lançou o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020, que em 2019 foi prolongado até 2030 e que apresenta as metas globais que cada estado-membro deve realizar para conseguir transformar a SM do seu país (OMS, 2022). As principais finalidades deste plano são fortalecer a liderança dos governos na área da SM; fornecer serviços de SM adequados a nível comunitário; criar e aplicar estratégias para a promoção e prevenção da SM; e aprimorar os sistemas de informação e investigação disponíveis para a população (OMS, 2022).

Ao nível da infância e da adolescência, o Decreto-Lei nº113/2021, determina que os cuidados de SM desta faixa etária devem ser garantidos por equipas multidisciplinares específicas e com a coordenação de um médico especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Em 2016, a SM foi destacada como uma prioridade de saúde e desenvolvimento global pela OMS e pelo Banco Mundial (Patel et al., 2018). De acordo com o Relatório do PNSM de 2017, os portugueses têm mais anos de vida, mas com mais problemas de SM (Direção-Geral da Saúde, 2017). Logo, os cuidados e serviços de SM para crianças, adolescentes e adultos deviam aumentar e ganhar mais peso institucional (Direção-Geral da Saúde, 2017). Para além disso, tanto o Plano de Ação em SM 2013-2020 (OMS, 2013) como as Linhas de Ação Estratégias para a SM e o Bem-Estar (Direção-Geral da Saúde, 2017) definiram como principais objetivos implementar estratégias de promoção de SM e programas de intervenção precoce em todas as políticas. Assim, é fundamental investir na prevenção de perturbações mentais, na deteção precoce e no acompanhamento e encaminhamento eficaz de situações que possam impactar negativamente a saúde do indivíduo. (Amaral et al., 2020).

Para a promoção da SM em crianças e adolescentes é importante a capacitação de todos os intervenientes nas suas vidas, como a família, a escola e os profissionais de saúde e de segurança (Amaral et al., 2020).

2.2 Psicopatologia da Infância e da Adolescência

Este capítulo apresenta uma descrição teórica das principais psicopatologias observadas nos casos acompanhados ao longo do ano letivo. Dada a diversidade de diagnósticos da população atendida, são abordadas aqui as patologias com maior incidência durante o período de estágio, em ambos os serviços.

2.2.1 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma Perturbação do Neurodesenvolvimento, cujos sintomas devem manifestar-se antes dos 12 anos de idade para ser possível diagnosticar (APA, 2014).

Os principais sintomas desta perturbação são a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, que se podem expressar de forma diferente ao longo das fases do desenvolvimento e que, conforme a intensidade de expressão, dividem a perturbação em três formas de expressão: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativo-impulsiva e combinada (APA, 2014).

A hiperatividade pode ser caracterizada pela irrequietude difícil de controlar e pela falta de perceção pela criança da existência do sintoma (Estrada & Dieudonné, 2015). Já a impulsividade pode ser descrita pela dificuldade em aguardar pela sua vez, pela dificuldade em controlar ou inibir respostas motoras e verbais e pela dificuldade em planear uma resposta para uma situação. A desatenção relaciona-se com a dificuldade em focar a atenção no que é relevante (Estrada & Dieudonné, 2015). Estes sintomas irão implicar vários domínios do funcionamento do indivíduo, como o comportamental, o social e o emocional. Todavia, não basta a presença destes sintomas para que seja possível diagnosticar esta perturbação, sendo necessário que estes afetem os diferentes contextos da criança e os diferentes domínios de funcionalidade (Estrada & Dieudonné, 2015).

A PHDA apresenta uma etiologia multifatorial, dado que vários fatores genéticos, neurológicos e ambientais podem influenciar o desenvolvimento desta perturbação (Estrada & Dieudonné, 2015). Sabe-se que existe uma grande predisposição genética para a PHDA e que desequilíbrios em neurotransmissores ou em recetores cerebrais também podem afetar a progressão desta perturbação. Ademais, complicações durante a gravidez e/ou o parto, exposição a toxinas, stress e trauma durante o desenvolvimento

e alguns estilos parentais podem contribuir para o desenvolvimento da PHDA (Estrada & Dieudonné, 2015).

A PHDA apresenta comorbilidades com a Perturbação de Comportamento de Oposição e Desafio, com as Perturbações de Ansiedade e com a Depressão, estando estas duas últimas intrinsecamente relacionadas com as dificuldades nas competências sociais (Estrada & Dieudonné, 2015; Keen & Hadjikoumi, 2015).

A prevalência desta perturbação varia entre dois e 18%, dependendo dos critérios de diagnóstico, da idade do indivíduo e da fonte de referência (Estrada & Dieudonné, 2015). Contudo, a PHDA continua a ser uma das perturbações mais diagnosticadas em crianças. A prevalência das expressões hiperativa e desatenta é maior em indivíduos do sexo masculino do que em indivíduos do sexo feminino (Estrada & Dieudonné, 2015).

Antes de iniciar um projeto terapêutico, é essencial desenvolver uma compreensão abrangente da PHDA, dada a grande diversidade na manifestação dos sintomas desta perturbação (Salgueiro, 1999). Além disso, a intervenção deve atuar como uma rede de apoio composta pela equipa terapêutica, pela própria criança, pela família e pela escola, pois as crianças e jovens com hiperatividade apresentam algumas dificuldades de adaptação em vários ambientes da sua vida (Salgueiro, 1999).

Na intervenção psicomotora com indivíduos com PHDA, é importante que as atividades os preparem para a ação, consciencializando as modulações tónicas associadas, o que irá promover, simultaneamente, uma melhor representação mental desta mesma ação (Martins, 2008). A PM apresenta como alguns objetivos no trabalho com estas crianças e jovens: melhorar o autoconhecimento e o autocontrolo, estimulando a consciencialização dos limites e das possibilidades de ação e melhorando as noções de esquema e imagem corporal; fomentar a capacidade de interpretar a informação, através da descodificação da informação proveniente do próprio e do outro e pelo planeamento da ação; e aumentar a atenção e a memória (Martins, 2008).

A realização de sessões em grupo permite, também, melhorar as competências sociais ao nível da compreensão da opinião do outro, da comunicação não verbal e da construção e resolução de ideias coletivas (Martins, 2008).

Nas sessões de PM, o terapeuta procura proporcionar experiências positivas em ambiente lúdico, seguro e contentor, que favoreça a autonomia, participação e integração da criança, que é construído pela consistência e previsibilidade das sessões (Branco, 2000). Assim, a criança ou o jovem tende a demonstrar maior tranquilidade nos diferentes contextos em que está inserida, reduzindo naturalmente os níveis de agitação e instabilidade (Branco, 2000).

2.2.2 Perturbação do Humor

A Perturbação do Humor (PH) caracteriza-se pela presença de emoções, como a tristeza e a euforia, em níveis mais elevados e intensos do que o normal, que comprometem a funcionalidade social, profissional ou académica (Coryell, 2023). Dentro desta perturbação existe a Depressão, uma perturbação unipolar, a Perturbação Bipolar (PB), que envolve episódios de depressão intercalados com episódios de mania ou hipomania, e duas perturbações baseadas na etiologia – perturbação do humor devido a um estado físico geral e perturbação do humor induzida por substâncias (Estrada et al., 2015).

Um episódio depressivo caracteriza-se pela presença de sintomas que representam uma mudança significativa no funcionamento habitual da pessoa, como a persistência de um humor depressivo na maior parte do dia, a perda de interesse ou prazer nas atividades, as alterações significativas de peso ou apetite, insónia ou hipersónia, fadiga, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, dificuldades de concentração ou tomada de decisão, e pensamentos recorrentes sobre a morte ou o suicídio (APA, 2014).

Os sintomas maníacos são a elevação do humor, a irritabilidade, a grandiosidade, a diminuição da necessidade de sono e a excitabilidade (Estrada et al., 2015). Já os sintomas base da hipomania são semelhantes aos da mania, porém com menor intensidade (Estrada et al., 2015).

Embora seja mais comum a PB manifestar-se na idade adulta, esta pode começar mais cedo, na adolescência, através de sinais como o temperamento difícil e a dificuldade dos pais em controlar os comportamentos dos filhos (Coryell, 2023). Ao longo do desenvolvimento, é normal existirem dificuldades crónicas na regulação do humor, das emoções e dos comportamentos (Estrada et al., 2015). Muitas vezes estes comportamentos representam formas de resposta do jovem ao stress ou ao conflito inter e intrapessoal (Estrada et al., 2015).

Embora ainda não existam estudos suficientes que provem, com toda a fiabilidade, as relações entre o Neurodesenvolvimento e o desenvolvimento de PB, sabe-se que existem fatores genéticos e ambientais intrauterinos que podem provocar complicações na formação de algumas estruturas cerebrais que irão afetar o desenvolvimento neurológico típico (Estrada et al., 2015). Ademais, sabe-se que alguns fatores pré e perinatais também podem influenciar o desenvolvimento desta perturbação. Ao nível genético, vários estudos mostram que crianças e jovens que tenham um progenitor com PB têm 30% de probabilidade de vir a desenvolver esta perturbação e, se ambos os pais tiverem PB, o valor aumenta para 70% (Estrada et al., 2015).

A taxa de prevalência da PB na Europa apresenta valores muito dispares, variando entre zero e 7% (Estrada et al., 2015). A PB apresenta várias perturbações em comorbilidade e a PHDA é uma das principais a poder desencadear sintomas semelhantes aos da PB (Coryell, 2023). Para se realizar um diagnóstico preciso, é sempre importante ter em conta as perturbações coexistentes com a PB, bem como a diferença da expressão dos sintomas ao longo do desenvolvimento e a variabilidade dos sintomas de humor (Estrada et al., 2015).

As perturbações do humor incluem alterações psicomotoras na sua sintomatologia e, de uma forma geral, um episódio depressivo caracteriza-se por uma lentificação psicomotora, enquanto que um episódio maníaco é marcado pela agitação psicomotora (Probst et al., 2010).

Probst et al. (2010) propõem uma intervenção direcionada para a ação em pacientes com Depressão. Para tal, é fundamental incorporar estratégias que proporcionem ao indivíduo vivências de sucesso e que reforcem a atribuição positiva ao próprio. Além disso, deve-se permitir que os utentes expressem livremente os seus sentimentos, mantendo sempre uma postura terapêutica positiva. O terapeuta deve também priorizar atividades que promovam o movimento e a atividade física, com o objetivo de favorecer uma melhoria no autoconceito (Probst et al., 2010).

2.3 Psicopatologia do Adulto

Neste subcapítulo serão descritas as perturbações com que a estagiária esteve em contacto ao longo do estágio, na faixa etária dos adultos.

A somatização e a Perturbação de Sintomas Somáticos, serão descritas num dos subcapítulos, dado que, apesar de apenas ter sido acompanhado só um utente com esta perturbação, a intervenção de um dos grupos acompanhados no Espaço@com da Damaia era focada nos sintomas somáticos.

2.3.1 Perturbação do Espetro da Esquizofrenia

Antes de introduzir o conceito de Perturbação do Espetro da Esquizofrenia (PEE) é preciso conhecer e dominar outros conceitos que irão caracterizar esta perturbação (American Psychiatric Association [APA], 2020):

- Psicose – refere-se aos sintomas como perda de contacto com a realidade devido a uma disrupção na forma como o cérebro processa a informação (APA, 2020);
- Delírios – crenças erróneas mantidas com grande convicção por parte do indivíduo (APA, 2020);

- Alucinações – caracterizadas pela percepção real de algo que não existe, podendo ser experienciadas através da audição, da visão, do cheiro, do sabor ou das sensações (APA, 2020);
- Pensamento e discurso desorganizado – refere-se a pensamentos e discurso confusos e sem sentido (APA, 2020);
- Comportamento motor desorganizado – pode-se caracterizar por comportamentos infantis e ingênuos, agitações imprevisíveis, ou até mesmo, pela realização de movimentos repetidos sem nenhum objetivo (APA, 2020);
- Avolia – refere-se à redução da realização de atividades autoiniciadas ou automotivadas (APA, 2020);
- Alogia – caracteriza-se pela produção diminuída de discurso, podendo haver falta de conteúdo adicional e espontâneo na fala (APA, 2020);
- Anedonia – refere-se à redução de prazer aquando da presença de estímulos positivos (APA, 2020).

A PEE é uma perturbação mental crónica caracterizada por episódios contínuos ou recorrentes de psicose (APA, 2020; Picchioni & Murray, 2007; Owen et al., 2016; OMS, 2022). Pode surgir entre os 15 e os 28 anos de idade, no caso dos homens, e entre os 20 e os 45 anos de idade, no caso das mulheres, e o início da mesma identifica-se clinicamente depois do primeiro episódio psicótico (APA, 2014).

Os sintomas podem dividir-se em três tipos: os sintomas positivos, tendo este nome por acrescentarem características antes inexistentes ao indivíduo, como as alucinações, os delírios e a paranoia; os sintomas negativos, que se caracterizam pela diminuição de capacidades ou funções antes existentes, que incluem a expressão emocional diminuída, o embotamento social, a avolia, a alogia e a anedonia; e os sintomas desorganizados, caracterizados por pensamento, fala e comportamentos confusos e bizarros (APA, 2014; APA, 2020; OMS, 2022).

Em relação às causas, não existe uma única causa que desencadeia esta perturbação (Owen et al., 2016). Entre os diferentes fatores de origem encontram-se os fatores genéticos, onde os genes, juntamente com fatores ambientais, são indicadores do aparecimento desta perturbação, sendo que a probabilidade de um indivíduo ter esquizofrenia aumenta se houver um caso desta doença na sua família (Owen et al., 2016; OMS, 2022).

Esta perturbação pode apresentar várias comorbilidades, tais como a Perturbação Obsessivo Compulsiva ou a Perturbação de Ansiedade. Contudo, a Depressão é uma das mais comuns, podendo evidenciar-se em qualquer fase do curso da doença (APA, 2014). O consumo de substâncias antes do primeiro surto psicótico,

ou até mesmo depois do diagnóstico desta perturbação, está, também, frequentemente associado a estes indivíduos (APA, 2014).

A PEE não tem cura (APA, 2014). Todavia, atualmente, conseguem-se aliviar os seus sintomas através da realização de tratamento, contribuindo para uma melhoria das condições de vida do indivíduo (Hor & Taylor, 2010; OMS, 2022). Quanto mais cedo se iniciar o tratamento, melhores serão as respostas produzidas pelo mesmo (Tamminga, 2020). Ao contrário dos sintomas positivos da PEE, que são geralmente controlados farmacologicamente, o tratamento dos sintomas negativos é bastante limitado (Correll & Schooler, 2020).

Embora existam pouco estudos que explicitem os efeitos da PM nos sintomas negativos, existem alguns que mostram que intervenções orientadas para o corpo são bastante utilizados para problemas de SM, demonstrando resultados positivos, nomeadamente melhorias significativas no comportamento social e motor (Goertzel et al., 1965; Nitsun et al., 1974; Rohricht & Priebe, 2006). Estas intervenções baseiam-se nos mesmos pressupostos da PM, de que o movimento e as experiências emocionais estão interligados e influenciam-se mutuamente (Rohricht & Priebe, 2006), e são significativas para estes indivíduos, dado que, com a PEE, a perceção do corpo é prejudicada e o suporte que o corpo tem na personalidade diminui (Hátlová et al., 2020).

A premissa central da intervenção é utilizar o corpo como “ferramenta” para melhorar as emoções, onde o movimento é direcionado para a ação, influenciando os processos cognitivos e facilitando a mudança terapêutica (Gallagher & Payne, 2014; Weineck & Messner, 2018). Utiliza-se o trabalho de reorganização corpo-mente como forma de promover um sentido coerente do “eu”, uma interação social mais autónoma e dinâmica e uma expressividade emocional mais genuína (Rohricht et al., 2009).

Uma vez que os estados emocionais estão associados ao movimento físico, é perceptível que os indivíduos com PEE tenham níveis baixos de atividade e movimentos limitados, ligados aos sintomas negativos (Weineck & Messner, 2018). Indivíduos com esta perturbação apresentam variadas características como sensações corporais desconfortáveis, perda de limites, alucinações somáticas, esquema corporal centralizado, lentificação psicomotora e perda de memória (Rohricht & Priebe, 2006). Desta forma, a intervenção orientada para o corpo irá promover o desenvolvimento dos domínios motores, cognitivos, emocionais e comportamentais, de forma holística (Cozolino, 2002 citado em Rohricht, 2009), tendo como objetivos o aumento da autoconsciência e da capacidade de resolução de problemas, a modificação do comportamento, a melhoria da criatividade e a fomentação das áreas fortes do indivíduo (Rohricht, 2009).

O envolvimento do utente num grupo terapêutico com outros indivíduos com as mesmas dificuldades provou ser bastante benéfico para o aumento dos resultados positivos (Probst et al., 2010). Para facilitar o envolvimento nestes grupos, o psicomotricista deve sugerir atividades que utilizem o compromisso, a cooperação, a concordância e o confronto (Probst et al., 2010). Para além disto, a referenciação para estas terapias permite que tanto os doentes como a família tenham mais apoio para lidar com os sintomas negativos e uma maior qualidade de vida (Correll & Schooler, 2020).

2.3.2 Perturbações de Sintomas Somáticos

A somatização é o foco significativo em sintomas físicos, a um nível que resulta num grande sofrimento e/ou problemas de funcionamento (APA, 2022). Alguns exemplos destes sintomas podem ser dor, fraqueza, dificuldades em respirar, tonturas, fadiga e palpitações (APA, 2022; Kroenke & Rosmalen, 2006). Estes indivíduos acabam por dar uma importância extrema e amplificada às sensações somáticas que apresentam, muitas vezes relacionadas com o processamento incorreto das emoções ou pela interpretação errada destas sensações como sintomas de doença (Mattila et al., 2008). Em suma, a somatização carece da existência de sintomas físicos sem explicação orgânica e da presença de fatores psicológicos que contribuem para os estes sintomas (Kroenke & Rosmalen, 2006).

A somatização está, muitas vezes, relacionada com um aumento da utilização dos cuidados de saúde e com a constante procura de referências de diferentes especialidades que expliquem os sintomas existentes (Kroenke & Rosmalen, 2006). Todavia, a maioria das pessoas com este tipo de sintomas recorre aos serviços de cuidados primários e não aos serviços de SM, pois resistem ao facto de o sintoma não ter uma causa orgânica, o que se irá replicar na dificuldade em aceder e explorar as emoções e os tratamentos de SM sugeridos (Kroenke & Rosmalen, 2006).

Uma das teorias existentes sobre a somatização aponta para sua relação com a alexitimia, que se refere à dificuldade em simbolizar e distinguir emoções (Taycan et al., 2017; Waller, 2006). Indivíduos com alexitimia têm dificuldade em encontrar palavras para exprimir o que sentem e são, normalmente, mais focadas no real do que no simbólico e abstrato, o que se reflete na sua tendência em externalizar os seus pensamentos (Rief, 2007). Esta relação enfatiza-se, essencialmente, nas sensações somáticas exacerbadas associadas à representação emocional ou por uma interpretação das mesmas como sintomas de uma doença (Waller, 2006). Embora existam vários fatores explicativos, ainda é uma área a aprofundar, sendo necessário

realizar estudos que incluam uma maior população para ser possível confirmar a associação da somatização e da alexitimia (Mattila et al., 2008).

A Perturbação de Sintomas Somáticos (PSS) tem que ver com a proeminência de sintomas somáticos associados a um sofrimento psíquico, i.e., a existência de processos de somatização (APA, 2014). O diagnóstico desta perturbação não está maioritariamente associado à ausência de explicação médica para os sintomas apresentados, mas sim quando estes sintomas existem associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos incomuns. A principal característica da PSS é a forma como os sintomas existem e são interpretados e não quais são, propriamente, os sintomas, sendo que estes podem ser específicos (e.g.: dor localizada) ou inespecíficos (e.g.: fadiga) e que causam perturbações significativas no quotidiano do indivíduo (APA, 2014).

As causas desta perturbação ainda não são bem conhecidas, mas assume-se que podem estar relacionadas com a existência de vulnerabilidade genética e biológica e de experiências traumáticas precoces, ou com normas culturais que desvalorizam o sofrimento psicológico (APA, 2014). A PSS é, muitas vezes, acompanhada da Perturbação de Ansiedade ou Perturbação Depressiva (APA, 2014; Kroenke & Rosmalen, 2006).

O tratamento relaciona-se com o controlo dos sintomas, de forma a permitir que a pessoa consiga ser o mais funcional possível, o que pressupõe a pessoa ter um contacto regular com os serviços de saúde que lhe prestam cuidado (APA, 2022). A gestão dos sintomas começa com uma avaliação inicial para se perceber como e porquê apareceram estes sintomas e depois deve-se ir fazendo um seguimento dos sintomas persistentes (Kroenke & Rosmalen, 2006). Durante este acompanhamento, podem ser prescritos medicamentos que diminuam os sintomas apresentados e podem ser sugeridas terapias com foco no cognitivo-comportamental, no movimento do corpo e na autogestão da dor. Kroenke & Rosmalen (2006) apresentam algumas estratégias a desenvolver com este tipo de utentes, nomeadamente a realização de consultas breves que não tenham como foco principal os sintomas; ter empatia pelos sintomas apresentados pelo indivíduo, i.e., não contestar a veracidade dos mesmos; foco na gestão e em como lidar com os sintomas e não na forma de os eliminar; e fomentar a funcionalidade do utente, apesar da existência dos sintomas.

No caso da intervenção psicomotora na somatização, o principal objetivo deve ser a decodificação da informação que o corpo transmite ao indivíduo, pois é através desta que será possível diminuir o desconforto sentido (Quartilho, 2016). Pelo movimento, característico das sessões de PM, o adulto irá expressar os seus estados internos, que depois serão consciencializados, o que lhe proporcionará um melhor

conhecimento do seu corpo (Fonseca, 2010; Quartilho, 2016). Para além disso, é fundamental oferecer a esses indivíduos a oportunidade de recuperar o controlo sobre a própria vida, de maneira a que não se sintam presos aos sintomas que apresentam (Quartilho, 2016).

Na intervenção psicomotora é relevante adotar uma abordagem que privilegie o vínculo relacional com esses indivíduos, oferecendo um ambiente seguro que permita uma expressão saudável do eu (Martins, 2001). Essa abordagem é fundamentada na tendência dos indivíduos com sintomas somáticos para reprimir suas próprias emoções e na dificuldade em expressar as suas experiências subjetivas (Quartilho, 2016).

A relaxação pode ser importante para estes indivíduos, uma vez que permite a tomada de consciência do esquema e da imagem corporal (Martins, 2001). A expressão artística também é uma ferramenta valiosa, colocando o indivíduo em contato com seus pensamentos, desejos e sonhos, permitindo-lhes dar voz a essas vivências de maneira segura (Hoffmann, 2016).

A partir de vivências de vulnerabilidade e segurança, em sessões predominantemente guiadas pelo terapeuta, o indivíduo passa, gradualmente, a desenvolver a capacidade de interagir com o outro (Quartilho, 2016). Para aqueles que tendem ao silêncio e à repressão das emoções, é importante estimular a exploração das possibilidades de relação e de influência sobre o outro (Martins, 2001; Quartilho, 2016).

3. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

“O psiquismo não é psiquismo só em si, e a motricidade não é motricidade só em si, as suas ligações em termos de comportamento e aprendizagem são impossíveis de separar” (Fonseca, 2004). Esta ligação é natural, visto que os fenómenos que constituem a parte psíquica do ser humano (e.g.: impulsos, emoções e pensamentos) são expressos através da motricidade, i.e., linguagem corporal e verbal (Santos, 2007).

No campo da SM, o psicomotricista pode trabalhar em clínica privada ou em equipas multidisciplinares em contexto hospitalar, apresentando a sua função um carácter preventivo e terapêutico (APP, s.d.). É sempre importante a intervenção ter em conta os contextos em que o utente se insere, nomeadamente o contexto sociofamiliar ou o escolar (APP, s.d.).

Assim, a PM é considerada numa equipa de SM como uma terapia complementar ao tratamento de psicofármacos que, através da vivência do corpo, fomenta a funcionalidade motora e, também, as funções tónico-afetiva e cognitiva, de forma a promover a autonomia e a adaptabilidade dos indivíduos (Frazão, 2017; Novais, 2004). Além do mais, a PM salienta a importância da comunicação corporal através das

relações psicofísicas e socioemocionais do indivíduo (Vieira, 2009), proporcionando ao indivíduo exprimir-se e relacionar-se com o ambiente envolvente, através da comunicação não-verbal e do diálogo tónico-emocional (Lapierre, 2004 citado em Vieira, 2009; Martins, 2001).

Nas sessões de PM em SM, o indivíduo pode expressar-se de forma livre e sem receios, revelando os seus medos, desejos, inseguranças e a forma como se relaciona consigo mesmo, com o outro e com o espaço, o que irá potencializar o seu desenvolvimento global (Vieira, 2009). Aqui, o psicomotricista procura, também, descodificar os comportamentos do utente, dando-lhes significados simbólicos e mostrando que necessidades expressam (Vieira, 2009).

O corpo, na PM em SM, assume um papel muito importante, uma vez que a forma como este se expressa é essencial para o processo maturativo da criança e na estruturação da sua personalidade (Almeida, 2005). Esta terapia utiliza o jogo como alicerce, promovendo a capacidade de representação e criatividade e explorando, também, o corpo como meio de se relacionar com os outros e com os objetos, de forma a potencializar os processos de desenvolvimento e aprendizagem (Furini & Selau, 2010; Vieira, 2009). Deste modo, as sessões de PM são propícias para a atividade espontânea e o brincar da criança, enquanto permitem ao psicomotricista observar e escutar o utente e desenvolver o seu projeto terapêutico (Almeida, 2005).

Com adultos com problemas de SM, a PM também tem mostrado resultados positivos, promovendo a diminuição da intensidade dos sintomas da doença mental e do estado hipertónico e fomentando o aumento da autodeterminação, permitindo que o adulto comece a sentir, agir e pensar sobre o seu corpo (Frazão, 2017; Novais, 2004).

3.1 Intervenção Psicomotora em Saúde Mental na Infância e na Adolescência

A PM em SM na Infância e na Adolescência apresenta um carácter preventivo e terapêutico e está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento dos indivíduos nos aspetos motores, afetivos, cognitivos e sociais, tendo em conta as interações com o seu corpo, com os outros e com o ambiente envolvente (Bandeira & Rodrigues, 2021; Vieira, 2009). Nestas intervenções, o terapeuta procura diminuir os sintomas das crianças e adolescentes associados às problemáticas do desenvolvimento psicomotor, da regulação tónica, do esquema e da imagem corporal, da autorregulação, da gestão dos processos de atenção, da autoimagem e autoestima, da gestão das emoções e da comunicação verbal e não verbal (APP, s.d.).

É a partir das experiências psicomotoras que a criança e o jovem adquirem um maior conhecimento corporal e da sua envolvente, enquanto vão ganhando noções básicas para o seu desenvolvimento intelectual (Alves, 2022; Nave & Mesquita, 2013). As intervenções psicomotoras em SM, ao aprimorarem a iniciativa, a tomada de decisão e a atividade espontânea na interação com o espaço, objetos e terapeuta, possibilitam uma variedade de experiências, que promovem a socialização, a afirmação da identidade e a superação de conflitos normais do desenvolvimento das crianças e adolescentes (APP, s.d.; Vieira, 2009). Se estas experiências forem realizadas em grupo, o indivíduo desenvolve competências pelas diferentes formas de relação afetiva com os colegas, de acordo com as possibilidades e limites de cada um (Vieira, 2009).

Em indivíduos destas faixas etárias, a PM utiliza as atividades lúdicas, as técnicas expressivas e a relaxação como ferramentas para atingir os objetivos estabelecidos (APP, s.d.). É através do brincar que são desenvolvidas algumas competências que serão utilizadas na vida adulta (Tavares et al., 2017). A PM recorre ao brincar como ferramenta terapêutica para desenvolver a capacidade de lidar com a imprevisibilidade (Jardim, 2003). Este tipo de intervenção, caracterizado pela liberdade e exploração, permite à criança reorganizar-se corporalmente e espacialmente, enquanto reproduz algumas das suas experiências no contexto da terapia (Jardim, 2003). Deste modo, esta técnica proporciona o desenvolvimento das componentes afetivas, motoras e cognitivas da criança e do jovem (Tavares et al., 2017). Além disso, o brincar promove, também, a integração e a socialização (Tavares et al., 2017).

Para além do corpo ser um meio de receção de informação é, também, utilizado como forma de expressão (Wallon, 1996 citado em Alves, 2022). Através do movimento do indivíduo, o corpo é o espelho das suas emoções, podendo o movimento ser considerado um meio de comunicação que expressa o que a criança ou o jovem estão a sentir (Wallon, 1996, citado em Alves, 2022). Um dos principais objetivos do psicomotricista em SM é analisar o significado simbólico da ação, i.e., através do movimento do corpo a criança ou o adolescente expressa sentimentos de forma espontânea e inconsciente, mas que apresentam um valor significativo e consciente que deve ser interpretado pelo terapeuta e trabalhado em conjunto com o utente (APP, s.d.; Vieira, 2009).

Para obter melhores resultados, para além do próprio e do terapeuta, os pais, a escola e a comunidade também devem estar incluídos no projeto terapêutico da criança e do adolescente (APP, s.d.; Murphy & Fonagy, 2012). Alguns estudos mostram, ainda, que a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança e do jovem e a junção desta com a PM permite que estes explorem o seu corpo e as possibilidades de expressão deste de forma livre (Bandeira & Rodrigues, 2021).

Assim, a intervenção psicomotora em SM é indispensável ao desenvolvimento da criança e do adolescente, pois é através das suas vivências e interações que o indivíduo se constrói a si mesmo e ao seu conhecimento (Bandeira & Rodrigues, 2021).

3.2 Intervenção Psicomotora em Saúde Mental no Adulto

Quando apareceu, a PM era pensada para crianças (Milla, 2019; Sandri, 2010). Porém, ao longo do tempo, e com o avanço dos estudos, esta foi-se desenvolvendo e passou a ser aplicada também a adultos (Milla, 2019; Sollier, 2016).

Mila (2019) define o conceito Campo do Adulto como um espaço delimitado ao adulto e às práticas da PM. Aqui o psicomotricista encontra-se, também, dentro do Campo do Adulto, uma vez que, sendo ele adulto, intervém e medeia outro adulto, com objetivos claros e específicos (Mila, 2019). O principal ponto na PM com adultos é o facto de não existir uma assimetria utente/terapeuta, dado que ambos se encontram em pé de igualdade e apresentam vivências semelhantes, uma vez que ambos passaram pelas várias fases de desenvolvimento e são ambos adultos (Mila, 2019).

A intervenção psicomotora em SM com adultos ocorre, por hábito, semanalmente e pode ser realizada individualmente ou em grupo, dependendo dos objetivos terapêuticos e do próprio sujeito (APP, s.d.; Maximiano, 2004). As sessões individuais com estes utentes permitem conceber um espaço seguro para os mesmos se expressarem, através da promoção da confiança e da confidencialidade (Maximiano, 2004). No caso das sessões em grupo, é possível estimularem-se variadas competências em conjunto, tais como o respeito pelo outro e a empatia, por meio de diferentes dinâmicas (Mila, 2019).

A maioria dos adultos é encaminhado para a PM por um profissional de saúde e os motivos de encaminhamento costumam estar relacionados com o mal-estar do corpo, estados de ansiedade e angústia, stress, tiques e distúrbios de sono ou até mesmo com patologias médicas (APP, s.d.; Mila, 2019). É comum que o tempo de intervenção com estes indivíduos seja prolongado, dado que os adultos levam mais tempo a explorar, experimentar e representar o que é realizado em sessão (Mila, 2019).

Cabe ao psicomotricista adequar o espaço, os materiais, as estratégias e a forma de interagir aos adultos com que irá trabalhar, evitando infantilizar o seu comportamento (Papandrea, 2014; Mila, 2019). Assim, a sala da PM deve ser um espaço livre e amplo, sem equipamentos e material associados ao trabalho com crianças. Deve ser um espaço onde o adulto se sinta confortável e seguro para se movimentar e deslocar, não havendo restrições e limitações para estas ações (Papandrea, 2014; Mila, 2019).

A PM em SM com o adulto pode ser descrita por três objetivos: abordar o indivíduo através do seu corpo, encontrando mediações corporais que lhe permitam

envolver-se e ser capaz de se expressar no ambiente terapêutico; ajudá-lo a reinvestir no seu corpo de forma positiva; e reformular a experiência de desconforto físico e as dificuldades de comunicação (APP, s.d.; Motay, 2015).

Segundo Mila (2019), é primordial desenvolver a noção corporal nas sessões de PM com adultos, tanto através da construção de conceitos como o esquema e a imagem corporal, como através da díade consciência e representação corporal. O esquema corporal está ligado à parte mais consciente e cognitiva do indivíduo, relacionando-se com o corpo no aqui e no agora, que está em constante mudança e transformação, e com o seu funcionamento. Já a imagem corporal está mais ligada às vivências, relações e histórias afetivas do corpo (Mila, 2019). Esta “mergulha” no inconsciente do indivíduo, tendo sempre uma vinculação com o seu corpo real (Mila, 2019).

Ao contrário do que é realizado com as crianças, a atividade espontânea e o jogo livre não devem ser priorizados na intervenção com adultos, uma vez que estas podem provocar vivências angustiantes, sensações corporais resultantes da observação e exposição ao olhar do outro, situações de inibição e rejeição e aumento do tónus muscular (Mila, 2019). Com adultos, é importante realizar atividades que estimulem o corpo, a partir do sensório-motor, do percetivo-motor e da expressão psicomotora, de maneira a alcançar capacidades de representação, mentalização e autoconsciência (APA, s.d.; Mila, 2019). É, então, indicado realizar atividades que sejam previamente conhecidas pelo utente, pois irão provocar segurança e confiança, mas que simultaneamente tenham pontos inesperados e desconhecidos que vão sofrendo pequenas variações com o tempo (Mila, 2019).

Mila (2019) divide a intervenção psicomotora com o adulto em cinco momentos: 1) pedido de entrevista; 2) primeira entrevista; 3) projeto de intervenção terapêutica e estratégias; 4) primeira sessão; e 5) espaço entre as sessões, sendo que os momentos 4 e 5 se vão repetindo ao longo do processo terapêutico. Este autor destaca, ainda, que o quinto momento é o mais importante, tanto para o terapeuta como para o utente, pois enriquece as vivências do processo terapêutico. Neste tempo de separação, o adulto representa e mentaliza o que foi vivido no tempo e no espaço da sessão de PM, dando sentido ao que foi realizado. Já o psicomotricista, neste tempo, revê o trabalho que já realizou e repensa novas hipóteses, estratégias de intervenção e propostas de mediação terapêutica (Mila, 2019).

Outros autores referem, também, que as primeiras sessões são significativas para que o terapeuta comece a conhecer o utente, o seu modo de ação, a sua postura, o seu tónus, a forma como expressa as suas emoções, o seu olhar e o seu discurso, e para que o utente comece a sentir-se seguro e confiante, promovendo a relação terapêutica (Maximiano, 2004; Papandrea, 2014). Deve haver, ainda, um momento em

que o terapeuta devolve ao adulto algumas das suas observações e que estabelecem, em conjunto, alguns eixos para a intervenção psicomotora (Papandrea, 2014).

Assim, no trabalho com o adulto, o psicomotricista deve utilizar diferentes abordagens terapêuticas, pensadas e adequadas ao indivíduo ou ao grupo que, para além de estimularem o corpo, provoquem respostas ao nível mental, emocional e sensorial (Mila, 2019).

3.3 Metodologias de Observação/Intervenção Psicomotora

Neste subcapítulo serão descritas três metodologias utilizadas na intervenção psicomotora – Métodos de Relaxação, o jogo e técnicas gnossopráticas – e a Observação Psicomotora, tendo sido esta última utilizada com ambas as populações de intervenção. Em cada subcapítulo será especificado a faixa etária em que cada metodologia foi utilizada.

3.3.1 Observação Psicomotora

Observar significa olhar e registar comportamentos de um ou vários sujeitos, de modo claro e objetivo, sem interpretações nem subjetividades (Brito, 2005). O conceito de observação pode ser caracterizado, de uma forma alargada, desde o simples olhar sem muita atenção até à complexa e exigente análise sistemática de comportamentos e situações, tendo por base técnicas treinadas e meios sofisticados (Brito, 2005). É uma metodologia organizada e guiada por um objetivo, que exige atenção e inteligência, tendo como finalidade obter informação acerca de algo (Ketele, 1984).

De acordo com Dias (2009), as observações têm o poder de oferecer informações rigorosas, aprofundadas e mensuráveis não só do sujeito que está a ser avaliado, como também do contexto onde este se encontra. Mesmo com o objetivo bem definido, rejeitando subjetividades, é ainda essencial uma estratégia de observação, tendo em conta as técnicas que podem ser utilizadas, os critérios, o tratamento de dados e, quando possível, a comparação e aperfeiçoamento das observações (Dias, 2009).

A Observação Psicomotora (OPM) procura, essencialmente, compreender a relação entre o corpo e o movimento e as diferentes interpretações que decorrem da mesma, vendo estes dois elementos como parte psíquica do indivíduo e não apenas como elementos de externalização (Fonseca, 2021). O psicomotricista procura observar e compreender como é que o utente representa, elabora, integra, programa e regula o movimento, não se focando apenas no grau de execução ou de rendimento do mesmo. Tendo como principal pressuposto delinear o perfil psicomotor do utente, a OPM procura perceber as capacidades e as dificuldades do indivíduo e, também, o seu potencial de

aprendizagem, para depois o terapeuta conseguir intervir segundo estes referenciais (Fonseca, 2021). I.e., a OPM baseia-se em situações-problema que ocorrem na realização das tarefas, com o intuito de, desde início, obter mudanças no próprio indivíduo, de modo a promover a sua capacidade de aprendizagem, explorando a relação dos vários fatores psicomotores e analisando os diferentes sistemas que permanecem interligados (Fonseca, 2021).

O observador e o observado partilham uma relação empática, influenciando-se mutuamente, e quando a observação é feita a um indivíduo esta relação, e o ambiente que os envolve, deve ser harmoniosa para que ele se sinta livre de realizar todos os movimentos que deseja (Fonseca, 2021). Assim, para que esta relação não se torne vazia, o observador deve interagir, motivar e apoiar o observado, adequando as situações às necessidades do mesmo (Fonseca, 2021).

A OPM apenas deve ser realizada quando o utente se encontra em estado de atenção e vigilância adequado, i.e., com índices de desregulação emocional e motora baixos (Fonseca, 2021). Os estados de comportamento e as características de personalidade do indivíduo devem ir sendo registados em contínuo, para que o psicomotricista tenha o maior conhecimento sobre a forma de agir do utente. O terapeuta deve considerar, ainda, as características do ambiente em que o utente se encontra, pois estas podem influenciar o seu registo típico de comportamento (Fonseca, 2021).

A observação e a avaliação estão intrinsecamente ligadas, dado que a primeira tem como principal objetivo corrigir possíveis erros detetados, que só são identificados através da avaliação (Mendes et al., 2012), e a segunda consiste em conhecer e clarificar a informação recolhida, através da observação. Mediante um processo de observação rigoroso e de uma avaliação consistente é possível distinguir e categorizar a informação recolhida (Mendes et al., 2012).

A abordagem utilizada na OPM difere consoante a faixa etária, sendo crucial que o psicomotricista ajuste a sua intervenção aos níveis de compreensão do utente (Aragón, 2012).

3.3.2 Relaxação Terapêutica

Antes de descrever a Relaxação Terapêutica (RT), é importante distinguir os conceitos de relaxação e relaxamento. O relaxamento refere-se ao estado de descontração obtido e a relaxação concerne os métodos e técnicas terapêuticas que induzem o relaxamento, provocando efeitos profundos e duradouros no funcionamento do indivíduo (Fonseca, 2007; Santos et al., 2017). Todavia, o objetivo da relaxação não

é apenas descontrair, mas também consciencializar o indivíduo para o seu corpo e emoções (Novais, 2004). Assim, pode dizer-se que os métodos de relaxação, bastante utilizados no contexto da SM, apresentam uma abordagem psicocorporal, que utiliza as funções corporais (e.g.: tónus e respiração) e cognitivas (e.g.: atenção seletiva) para obter o relaxamento (APP, s.d.; Veiga & Marmeleira, 2018).

A RT é utilizada por psicomotricistas e tem em conta as relações constantes entre a mente e o corpo, provocando uma descontração neuromuscular e psíquica, utilizando técnicas específicas que provocam uma diminuição do estado tónico do indivíduo (APP, 2021; Aguiar, 2003; Jacobs, 2001). Estas técnicas podem ser aplicadas para promover a consciencialização corporal, redefinir o esquema e a imagem corporal, adquirir um estado de calma psíquica e capacitar para o foco no momento presente (APP, 2021; Fonseca, 2007; Martins, 2001). Além disso, a relaxação insere-se no diálogo tónico-emocional, pois, através da consciencialização dos estados tónicos e emocionais e das suas alterações, ajuda o indivíduo a desenvolver maior conhecimento sobre si próprio e a ganhar competências para lidar com oscilações existentes (Martins, 1990 citado em Aguiar, 2003; Martins, 2001 Santos et al., 2017).

Uma atividade de RT ativa o Sistema Nervoso Parassimpático, causando alterações fisiológicas como a diminuição da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, do tónus muscular, do nível de vigiância e do metabolismo e o aumento da atividade gástrica, o que fomentará sensações de bem-estar, contrárias à resposta de stress (Cramer, et al., 2013). O stress, por sua vez, ativa o Sistema Nervoso Simpático que provoca reações fisiológicas opostas às descritas anteriormente, aumentando, ainda, a produção de noradrenalina e cortisol e diminuindo a de acetilcolina, que não permitem ao indivíduo manter-se calmo (Marques, 2016; Tavousi, 2015). Deste modo, com a prática das técnicas de relaxação, o indivíduo desenvolve respostas alternativas e mais saudáveis para gerir o stress (Fonseca, 2007; Tavousi, 2015).

A RT apresenta duas particularidades: o foco na individualidade dos utentes e a intencionalidade terapêutica das atividades (APP, s.d; APP, 2021; Fonseca, 2007). O primeiro ponto refere-se ao facto de as técnicas utilizadas irem ao encontro das características únicas dos indivíduos, tendo em conta o seu plano terapêutico e os objetivos estabelecidos pelo terapeuta, i.e., é necessário compreender o modo de funcionamento próprio de cada utente e adaptar os métodos utilizados a cada um (Maximiano, 2004; Iencarelli, 1980; Santos et al., 2017). Em PM, é mais importante esta adaptação e interligação das técnicas aos traços do indivíduo, do que utilizar uma única técnica durante um tempo indeterminando (Maximiano, 2004).

Já a segunda característica tem a ver com a significação atribuída às vivências das atividades, que é obtida através da reflexão e consciencialização das sensações

tônico-emocionais (Akasha, 2004; Maximiano, 2004). Esta reflexão é realizada no final da sessão e pode ser feita através da expressão verbal ou não verbal, que pode incluir o desenho, o movimento, a música ou a utilização de outros materiais (Maximiano, 2004).

As técnicas de relaxação realizadas nas sessões de PM compreendem a respiração, a manipulação passiva, a imagem guiada e a contração-descontração, podendo ser mediadas pelo toque direto no corpo do outro, por objetos (e.g.: bolas, lenços e cordas) ou pela automassagem, tendo os dois últimos mediadores uma função transitiva ao longo das sessões, dado que são menos invasivos e mais securizantes (Fauché, 1993; Martins, 2001; Maximiano, 2004). A voz do terapeuta deve acompanhar estes mediadores e guiar a atividade, permitindo que o utente se encontre numa dinâmica regressiva, entre a vigilância e o sono, a tensão e a descontração (Martins, 1990 citado em Aguiar, 2003).

As técnicas de relaxação aplicadas no âmbito da SM na infância e na adolescência permitem, também, que estes indivíduos desenvolvam estratégias positivas para lidar com o stress durante a infância e a vida adulta (Ndetan, et al., 2014). Para além de provocar sensações agradáveis nas crianças, que irão diminuir os sintomas de ansiedade e depressão, a RT ajuda a lidar com problemas como a agitação, a instabilidade, a autorregulação, os tiques, as dificuldades de aprendizagem, entre outros, comuns no processo de desenvolvimento das crianças (Fauché, 1993; Vera, 2001). Com adolescentes, existem dois estudos que mostram resultados positivos na utilização de técnicas terapêuticas não farmacológicas, como a RT, para o tratamento e promoção da SM, nomeadamente a melhoria da qualidade de vida do adolescente e do seu convívio familiar e em sociedade, o aumento da autoestima e do autoconhecimento e a promoção da expressividade corporal e da criatividade (Moraes & Braga, 2005; Narciso & Neto, 2023).

Refletindo o trabalho realizado durante o período de estágio, será apresentada uma breve descrição dos três métodos que foram utilizados e adaptados no acompanhamento de um dos casos atribuídos: Relaxação Muscular Progressiva (RMP), de Edmund Jacobson (1925), Relaxação Psicossensorial (RPS), de Vittoz (2008; Bruston, 1981; Bruston, 1983), e Relaxação Criativa (RC), de Irene Tubbs (1996).

A RMP é num método de contração e descontração consciente, que provoca um relaxamento tanto físico como psíquico e que tem como objetivos aumentar o autocontrolo, a consciência corporal e a sensação de bem-estar e diminuir a tensão corporal (Christaki & Yfandopoulou, 2014; Sahin & Dayapoglu, 2015). Jacobson (1925) afirma que a descontração muscular levará a um relaxamento mental, uma vez que diminui os níveis de stress e ansiedade. O processo de contração e descontração deve

iniciar-se com os grandes grupos musculares, para facilitar a percepção das sensações, e só depois seguir para os pequenos grupos musculares (Jacobson, 1925).

O método RMP divide-se em três etapas: a Relaxação Global, a Relaxação Diferencial e a Relaxação das Atividades Mentais (Jacobson, 1925). Dado que a etapa utilizada com o estudo de caso foi a Relaxação Global, apenas será descrita essa. Na Relaxação Global, o indivíduo começa por relaxar gradual e individualmente os grupos musculares, depois ganha capacidades para relaxar o corpo num todo e, por fim, este estado de repouso e calma torna-se automático. A principal finalidade desta etapa é reconhecer e localizar a tensão resultante da contração do músculo, para depois o conseguir relaxar na sua totalidade (Jacobson, 1925).

A RPS tem como objetivo reeducar o controlo cerebral para eliminar os pensamentos parasitas, de forma a obter um estado de equilíbrio (Bruston, 1981; Bruston, 1983; Vittoz, 2008). Este método divide-se em quatro fases: recetividade, emissividade, tomada de consciência dos seus atos e descentração. Na primeira fase, o utente torna-se mais sensível ao envolvimento e aos sinais do seu corpo (Bruston, 1981; Bruston, 1983; Vittoz, 2008). No fim da fase da emissividade é atingido um controlo total do pensamento pelo utente. Durante a terceira fase, o indivíduo é ensinado a analisar cada detalhe de um movimento, imaginando-o (Bruston, 1981; Bruston, 1983; Vittoz, 2008). E, na fase de descentração o utente regressa, progressivamente, ao nível de vigilância habitual, eliminando o que perturba a sua mente. A RPS divide-se, ainda, em tratamento funcional, onde através da tomada de consciência do corpo é atingido o controlo mental e tratamento psíquico, em que se compreende a origem psíquica dos sintomas que o utente apresenta (Bruston, 1981; Bruston, 1983; Vittoz, 2008).

A RC procura recuperar o funcionamento integrado entre os aspetos somáticos, socioemocionais e cognitivos para combater o stress (Tubbs, 1966). Este método atua ao nível corporal e emocional do indivíduo e tem o objetivo de fomentar o desenvolvimento de estratégias de autoajuda e autocontrolo. A mesma autora defende que as sessões deste método se devem dividir em três fases: preparação, tema principal e retorno à calma. A preparação corresponde à fase de preparação física e mental para o designado tema principal, sendo importante promover sensações de conforto e tranquilidade (Tubbs, 1966). A autora apresenta uma lista de temas principais, nomeadamente a linguagem corporal, o alinhamento corporal e postura, a voz, as palavras, o cheiro, o toque, as técnicas de respiração, as técnicas de relaxação, a visualização, a arteterapia, a dança, a música, o exercício, a gestão de stress e as terapias alternativas, e na segunda parte da sessão o terapeuta utiliza um, ou mais, desses para potencializar a relaxação. A fase final, o retorno à calma, tem como objetivo

preparar para o final da sessão, num processo tranquilo e uma passagem calma (Tubbs, 1966).

3.3.3 Jogo

O jogo é muitas vezes utilizado nas sessões de PM, dado que promove o desenvolvimento biológico, potencializando o desenvolvimento do Sistema Nervoso; o desenvolvimento motor, estimulando o corpo e os sentidos; o desenvolvimento cognitivo, pela promoção do pensamento e da criatividade; o desenvolvimento afetivo, através da possibilidade de a criança se expressar e pensar livremente; e o desenvolvimento social, fomentando a comunicação e a cooperação com o outro (Aragón, 2012; Bullinger, 2011).

Pelo jogo, a criança ganha consciência do seu próprio corpo, pela da tomada de consciência do confronto entre o espaço interno – o eu – e o espaço externo – os outros, a envolvente, o tempo e os objetos (APP, s.d.; Fernandes et al., 2018). A construção do eu e do sentimento de ser da criança é proveniente das vivências livres e espontâneas no jogo, pela possibilidade de correr, saltar, gritar, construir histórias, assumir o papel de um outro, construir e destruir, experimentar, observar e pensar (Fernandes et al., 2018). Além disso, no jogo, o indivíduo, por meio do corpo, tem a possibilidade de expressar os seus desejos, as suas vontades e os seus desprazeres (Aucouturier, 2010).

Segundo Ajuriaguerra (1962 citado em Fernandes et al., 2018), o jogo deve ser sempre relacional, uma vez que é através da relação com o outro que a criança se expressa de forma espontânea. Assim, quando existe uma relação empática e segura com o terapeuta, quando este joga com a criança, quando a escuta e quando se mostra disponível para receber as suas ideias, a criança sentir-se-á mais à vontade para se expressar de forma livre, o que irá promover sentimentos de valorização, competência e realização na criança (Fernandes et al., 2018). A presença do psicomotricista durante o jogo, e a possibilidade que este dá à criança para criar atividades, permite, também, que esta seja autónoma, eficaz e que tenha confiança nela própria, promovendo o desenvolvimento do pensamento e da tomada de decisão (Fernandes et al., 2018).

É na criação de jogos que a criança mostra as suas necessidades psicoafetivas e emocionais, pois nestes momentos é possível explorar situações subjetivas e descobrir novas formas que a criança tem para se relacionar consigo e/ou com o outro (Fernandes et al., 2018). Ademais, o jogo possibilita uma vivência simbólica de conflitos profundos, a expressão de emoções, a antecipação e a preparação para situações da vida diária da criança de forma consciente (APP, s.d.; Aragón, 2012). Assim, apesar de

o jogo ter várias finalidades, a sua importância apoia-se, essencialmente, nas vivências da criança (Fernandes et al., 2018).

O jogo divide-se em jogo sensoriomotor, jogo simbólico e jogo de regras (Piaget, 1966 citado em Aragón, 2012). O jogo sensoriomotor caracteriza-se pelo prazer proveniente da exploração dos movimentos e da circulação dos objetos no espaço, permitindo que a criança explore e interiorize novas formas de se relacionar com o seu corpo (Aragón, 2012). Embora mais comum nos primeiros anos de vida, este tipo de jogo é predominante nas diferentes fases da vida do indivíduo. O jogo simbólico permite à criança criar personagens e situações imaginárias, inexistentes, promovendo novas interações com a realidade, dado que a criança a pode distorcer ou adaptar (Aragón, 2012). Além disso, estes jogos possibilitam as interações sociais, a expressão simbólica dos conflitos e das suas possíveis soluções e a manifestação de sentimentos e desejos. O jogo de regras consiste, maioritariamente, numa forma de jogo social, pois, em grupo, são criadas regras para o desenvolvimento desse mesmo jogo (Aragón, 2012). Desta forma, a criança deve cooperar com os seus pares para tomar decisões relativamente ao jogo e, ao mesmo tempo, competir de forma saudável para ganhar. Com o jogo de regras, a criança ganha mais competências para viver em sociedade, cumprir regras e atingir o objetivo final do jogo (Aragón, 2012).

3.3.4 Técnicas gnosopráticas

As técnicas gnosopráticas envolvem a relação da cognição – perceção, representação, antecipação e planeamento – e a orientação espacial e temporal da praxia (Martins, 2001). Estas técnicas promovem, também, o desenvolvimento de competências psicomotoras e de autorregulação do comportamento através da interação entre a ação (praxia) e a sua representação (gnosia) (APP, 2011). Assim, as técnicas gnosopráticas facilitam a organização planificada e internalizada da ação, permitindo que esta seja posteriormente representada de diversas formas de expressão (Maximiano, 2015).

A gnosia, pela mentalização das informações sensoriais do contexto, permite o reconhecimento de um elemento externo (Sage et al., 2011). Já a praxia possibilita a realização da ação nesse contexto, pois representa o movimento e o gesto com intencionalidade (Sage et al., 2011).

Nas sessões de PM, as atividades que utilizam as técnicas gnosopráticas começam com a praxia, permitindo ao indivíduo a consciencialização do plano de ação, e, progressivamente, vão compreendendo o domínio cognitivo, fomentando

competências como a memória, a atenção e as funções executivas (APP, s.d.; Probst e Vliet, 2005).

Estas técnicas foram utilizadas nas atividades de estágio com a faixa etária dos adultos, essencialmente com os grupos que irão ser descritos no capítulo II.2.1.

II. Enquadramento institucional

No presente capítulo será caracterizada a instituição onde ocorreram as atividades de aprofundamento das competências profissionais, o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca. Seguidamente será feita uma breve apresentação da história do hospital, com especial enfoque no Departamento de Saúde Mental – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência. Serão, ainda, descritos os espaços físicos destes serviços.

1. Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – HFF

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) é um hospital público, fundado em 1995, integrado no Serviço Nacional de Saúde e situado na Amadora (Costa, 2015). Este hospital serve os Agrupamentos de Centros de Saúde de Amadora e Sintra e organiza-se em estruturas de Prestação de Cuidados, de Apoio à Prestação de Cuidados, de Gestão e de Investigação (Costa, 2015; HFF, s.d.).

O HFF tem como missão principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade, em tempo útil, integrados nas restantes unidades de saúde da região e com padrões elevados de desempenho, eficácia e eficiência (Costa, 2015; HFF, s.d.). O HFF procura ser um hospital de referência em termos de acessibilidade e assistência, da articulação com os cuidados de saúde primários, de promoção de trabalho multidisciplinar e de satisfação dos utentes e profissionais. O hospital aspira, ainda, a ser um projeto economicamente sustentável (Costa, 2015; HFF, s.s.).

O HFF realiza procedimentos e intervenções com bases humanistas e estruturais, priorizando a dignificação humana e profissional, a responsabilização, a orientação segundo as vontades dos utentes e das suas famílias e a honestidade, seguindo as normas éticas e deontológicas de cada profissional (Costa, 2015).

O Departamento de Saúde Mental é constituído por três serviços principais: o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos, o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência e a Unidade de Psicologia (Costa, 2015). Seguidamente, serão descritos os dois primeiros de forma detalhada.

2. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos (SPSMA) é composto pela Unidade Funcional Comunitária, Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Hospital de Dia e Psiquiatria de Ligação (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012).

Para melhorar a sua relação com a população e prestar melhores cuidados de saúde, o HFF iniciou vários projetos de apoio especializado à comunidade (Costa, 2015). Um destes projetos é a Unidade Funcional Comunitária, criada em 1997, com o propósito de prestar cuidados psiquiátricos em ambulatório, aos doentes e às suas famílias (Costa, 2015). Este modelo integrado de cuidados de SM na comunidade foi o primeiro a existir em Portugal e tem como valores o apoio em equipas multidisciplinares e a orientação para as necessidades da população (Cardoso & Maia, 2009; Costa, 2015; Mendes et al., 2012).

Esta unidade apresenta quatro polos nos Centros de Saúde da Brandoa, Damaia, Amadora e Queluz/Massamá (Costa, 2015). Cada equipa é constituída por dois psiquiatras, um psicólogo, dois enfermeiros e uma assistente social. Ademais, em 2007, foi criado o Espaço@com, um espaço de reabilitação psicossocial com PM e TO, que funciona nos Centros de Saúde da Damaia e de Queluz (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012).

Ademais, este serviço tem desenvolvido vários projetos nos últimos anos, sendo um deles o Programa Semente, um projeto de promoção da SM para mulheres em fase perinatal e para filhos de pessoas com doenças psiquiátricas acompanhadas neste serviço (Costa, 2015). Para além disso, criou, também, uma revista – Psilogos –, com publicação semestral e editada pela primeira vez em 2004. Nesta revista encontram-se vários artigos originais de investigação ou de revisão da área da SM (Costa, 2015).

2.1 Espaço@com Damaia e Queluz

Como foi referido anteriormente, o Espaço@com é uma unidade de reabilitação psicossocial que funciona em regime ambulatório nos Centros de Saúde da Damaia e de Queluz/Massamá (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012). Cada uma das equipas é constituída por um médico psiquiatra, um psicomotricista e um terapeuta ocupacional e apresenta intervenções terapêuticas e reabilitativas, contacto próximo com os doentes psiquiátricos graves, inserção social dos utentes, articulação com os Cuidados de Saúde Primários e colaboração com as estruturas da comunidade (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012). Enquanto a equipa do Espaço@com da Damaia intervém junto da população que pertence aos Centros de Saúde da Damaia e

da Brandoa, o Espaço@com de Queluz intervém junto da população dos Centros de Saúde da Amadora e de Queluz/Massamá (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012).

Este espaço dirige-se a indivíduos com problemas de SM que não necessitam de ter acompanhamento terapêutico constante e pretende intervir no sentido de fomentar a sua autonomia, funcionalidade e reintegração socio-ocupacional (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012). As intervenções realizadas atuam nos domínios cognitivo, socioemocional e psicomotor, promovendo a autonomia e uma vida ativa dos utentes. O envolvimento da família no processo de reabilitação do utente é um procedimento fundamental realizado pelas equipas do Espaço@com (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012).

Algumas das intervenções realizadas por esta equipa são: PM e TO individual e/ou de grupo, Terapia Familiar, Avaliação Cognitiva, Reabilitação Cognitiva, Treino de Cognition Social, treino de atividades de vida diária, e o programa de intervenção precoce na psicose – PSIC (Costa, 2015). Ao nível da PM, de momento, existem três grupos para utentes com características específicas: o Grupo Come&Go e o Grupo MovIMENTE, para utentes em situação de isolamento, com sintomatologia negativa que tem impacto na vida diária; e o Grupo EF – Expressão no Feminino, para mulheres com Perturbações Somatoformes, com comorbilidades com Perturbações de Humor, de Personalidade, Depressivas e/ou Ansiosas (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012). Enquanto que o Grupo Come&Go e o Grupo EF ocorrem em ambas as equipas, o Grupo MovIMENTE foi criado no início de 2024 e apenas é realizado na equipa do Espaço@com de Queluz, sendo a sua intervenção mais focada no contacto com o ambiente exterior (Cardoso & Maia, 2009; Mendes et al., 2012).

3. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) do HFF atende a população dos concelhos da Amadora e de Sintra entre os 0 e os 17 anos de idade (Pereira, 2023). Trabalha em articulação com a comunidade envolvente, mais especificamente com os Cuidados de Saúde Primárias de Amadora e Sintra – Psicologia, Saúde Escolar, Saúde Pública e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco –, com as Câmaras Municipais da Amadora e de Sintra, com os serviços de Proteção de Crianças e Jovens - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Equipa Multidisciplinar de Apoio Técnico ao Tribunal e Núcleo de Infância e Juventude –, com agrupamentos de escolas, com a Equipa Local de Intervenção de Sintra Oriental e com Instituições Particulares de Solidariedade Social (Pereira, 2023).

Os objetivos principais do SPSMIA são ter um foco nas dificuldades do utente e também nas suas forças, capacidades e interesses; ter uma relação de proximidade com os contextos que envolvem a criança, como a família e a escola; oferecer intervenções e programas baseados em evidências e apresentar serviços baseados numa equipa multidisciplinar que presta continuidade nos seus serviços (Pereira, 2023).

O SPSMIA está dividido em três equipas: Equipa de Ligação, Equipa Comunitária e Área de Dia (Pereira, 2023). A Equipa de Ligação funciona no HFF em conjunto com a Pediatria. A Equipa Comunitária e a Área de Dia trabalham em conjunto no Centro de Saúde de Queluz (Pereira, 2023). Estas últimas funcionam, também, em simultâneo com as urgências da Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia e da Psiquiatria do HFF. A Equipa Comunitária e Área de Dia integra quatro pedopsiquiatras, dois psicólogos clínicos, uma enfermeira, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicomotricista, uma administrativa e uma auxiliar (Pereira, 2023).

O modelo de intervenção utilizado pela Equipa Comunitária procura integrar a criança e o jovem na comunidade, ao articular com as entidades antes descritas, realizando, por vezes, visitas ao domicílio e intervenções na comunidade (Pereira, 2023). Para além disso, este modelo apresenta programas de prevenção de problemas mais graves de SM de crianças e jovens, como o Programa Semente e as PedoTalks. A Equipa Comunitária e Área de Dia têm, ainda, uma relação de proximidade com a equipa do SPSMA, na coordenação da intervenção dos pais com psicopatologia, na transição e continuidade dos cuidados a partir dos 18 anos, na formação conjunta e na realização de reuniões semanais com as equipas comunitárias de adultos (Pereira, 2023).

Quando existe um caso referenciado para o SPSMIA, este é encaminhado para a enfermeira, que faz uma entrevista de acolhimento e, de seguida, é realizada uma consulta com o pedopsiquiatra, onde se realiza a avaliação e a definição do projeto terapêutico (Pereira, 2023). Na reunião de equipa é discutido o projeto multidisciplinar do caso, com diferentes opções: consultas de Pedopsiquiatria individual e/ou familiar; consultas de Psicologia, nomeadamente psicoterapia e apoio psicológico; consultas de Enfermagem, onde existe monitorização terapêutica, apoio à parentalidade e articulação com a escola; consultas de Serviço Social, como a articulação com estruturas da comunidade; consultas da Área de Dia, que podem ser consultas de TO e/ou PM individual ou grupal; consultas de Terapia Familiar. Depois, ao longo do tempo, nas reuniões, a equipa vai discutindo e reavaliando o projeto terapêutico (Pereira, 2023).

A Área de Dia tem o objetivo de promover uma intervenção mais regular, intensiva e especializada à criança ou jovem (Pereira, 2023). A equipa é formada por um pedopsiquiatra, um psicomotricista, um terapeuta ocupacional, recorrendo, por

vezes, à colaboração de outros profissionais da Equipa Comunitária. As intervenções da Área de Dia são: PM ou TO individual, grupos terapêuticos por idade, específicos, parentais e preventivos, Terapia Familiar e, ainda, grupos que apenas decorrem no verão (Pereira, 2023).

Os grupos terapêuticos funcionam semanalmente de acordo com o calendário escolar, começando em setembro e terminando em junho e têm pausas de acordo com as interrupções letivas (Pereira, 2023). Antes de o grupo ter início, são feitas avaliações individuais e da família; nos meses de fevereiro e março são feitas sessões de feedback com as famílias; e, quando o grupo termina, voltam a ser realizadas sessões com as famílias (Pereira, 2023).

4. Caracterização do contexto físico e dos materiais de intervenção

Uma vez que o estágio foi realizado em três locais diferentes – Espaço@com Damaia, Espaço@com Queluz e SPSMIA – a descrição de cada um destes espaços físicos é distinta entre si, física e organizacionalmente. No Anexo A encontram-se imagens dos espaços que serão descritos seguidamente.

1.1 Espaço@com Damaia

No Espaço@com Damaia as sessões individuais de PM foram realizadas no gabinete da psicomotricista e as grupais na biblioteca do Centro de Saúde da Damaia. Visto que o Centro de Saúde se encontrava em obras, o gabinete da psicomotricista teve de ser alterado e a biblioteca servia de substituto à sala onde antes se realizavam as intervenções de grupo.

O gabinete é um espaço pequeno, com uma secretária – com um computador e material de escritório –, um móvel onde estão dossiers com informações dos utentes, quatro cadeiras, um quadro branco e dois armários onde estão guardados os materiais utilizados nas sessões. Os materiais de intervenção incluem bolas de diferentes tamanhos, pesos e texturas, lenços, lápis, instrumentos musicais, arcos e almofadas.

A biblioteca é um espaço de maior dimensão, com mesas e cadeiras no centro, com duas paredes com armários com livros, uma televisão e um quadro branco. Para ser possível realizar as sessões, as mesas e as cadeiras eram encostadas a um canto da sala.

1.2 Espaço@com Queluz

No Espaço@com Queluz tanto as sessões individuais como as de grupo eram realizadas na sala da psicomotricista.

Esta sala tem um espaço amplo, com uma mesa e duas cadeiras que vão mudando de sítio conforme a necessidade para a sessão, cadeiras extra, um quadro branco, uma secretária – com um computador e material de escritório –, um cadeirão e uma parede com armários com os materiais de intervenção. Dentro deste armário estão bolas de diferentes tamanhos, pesos e texturas, lenços, lápis, instrumentos musicais, revistas, molas, caixas e almofadas. Para além destes materiais, num canto da sala existiam duas bolas de pilates, tapetes, arcos, pinos, um trampolim e uma trave.

1.3 SPSMIA

O SPSMIA localiza-se no primeiro andar do Centro de Saúde de Queluz. Na sala da PM eram realizadas as sessões individuais e grupais, mas, por vezes, as sessões de grupo ocorriam na sala da TO.

A sala da PM é um espaço aberto com uma mesa – com canetas, lápis e folhas brancas – e três cadeiras encostadas a uma parede, um móvel com um computador, dois armários e prateleiras com materiais no seu interior. Num dos armários há livros, jogos de tabuleiro e material de escritório, no outro estão lenços, cordas, peças de diferentes materiais e tamanhos, bonecos e mantas e nas prateleiras há papel de cenário, caixas, patins, skates e capacetes. Na sala existem, ainda, colchões, um trampolim, uma trave, um cesto com bolas de diferentes tamanhos e texturas, um túnel, rede, peças de lego grandes, rolos de espuma, bolas de pilates, cadeiras, pinos e almofadas.

A sala da TO tem duas zonas: a da cozinha e a área da sessão. A zona da cozinha tem os utensílios comuns de uma cozinha, como pratos, copos, talheres, panelas, um lavatório e um forno, e foi utilizada para limpeza dos materiais usados na sessão e, uma vez, para cozinhar. Já a área da sessão tem uma mesa central com cadeiras à volta, um armário com vários jogos, tintas, pincéis e outros materiais lá dentro, e outro móvel com material de escritório, um computador e dossiers com informação sobre os utentes.

III. Realização da Prática Profissional

Neste capítulo será abordada a prática profissional no âmbito da intervenção psicomotora no SPSMA e no SPSMIA do HFF. Aqui encontram-se expostos a organização das atividades de estágio – que inclui a descrição, a calendarização e o

horário das atividades de estágio –, o modelo de intervenção psicomotora no HFF – que inclui a sessão-tipo e a caracterização do contexto de intervenção –, os instrumentos de avaliação utilizados e uma caracterização geral dos casos acompanhados.

Seguidamente, serão descritos, de forma aprofundada e fundamentada, os dois estudos de caso acompanhados ao longo das atividades de estágio.

Por fim, serão descritas as atividades complementares ao estágio realizadas pela estagiária, que lhe proporcionaram conhecimento extra sobre as áreas da PM e da SM.

1. Atividades de Estágio

Neste subcapítulo será apresentada a organização das atividades de estágio, a calendarização e o horário destas.

1.1 Organização das Atividades de Estágio

O estágio realizado no HFF foi dividido entre o SPSMA – nas equipas do Espaço@com da Damaia e de Queluz – e o SPSMIA. Em ambos, a estagiária participou nos atendimentos individuais e grupais e nas reuniões de equipa. A tabela 1, mostra o número de sessões individuais e grupais e, ainda, as reuniões de equipa em que a estagiária esteve presente.

Tabela 1 – Sessões em que a estagiária esteve presente

	Espaço@com	SPSMIA
Sessões individuais	55	80
Sessões grupais	61	24
Reuniões de equipa	16	11

As reuniões de equipa realizavam-se uma vez por semana e estavam divididas em reuniões clínicas, onde eram apresentados temas relevantes por um profissional de saúde, e outras reuniões onde era feito um follow-up dos utentes. Numa das reuniões clínicas, a estagiária fez uma apresentação para a equipa do SPSMIA sobre a relaxação e os métodos aplicados ao estudo de caso LD (Anexo B).

Para além das sessões de intervenção psicomotora, a estagiária teve a oportunidade de estar presente numa consulta de Psiquiatria e em duas consultas de Pedopsiquiatria, realizou uma entrevista com a mãe do estudo de caso LD e participou numa reunião com a professora do caso LM.

Ademais, foram realizadas reuniões quinzenais do núcleo de estágio com o professor orientador da faculdade e com a outra estagiária que também pertence ao

núcleo. Nestas sessões foram feitas várias apresentações: a primeira intitulada “Intervenção Psicomotora em Saúde Mental no Adulto” encontra-se no Anexo C; a apresentação “Intervenção orientada pelo corpo nos Sintomas Negativos” encontra-se no Anexo D; e, depois, foram apresentados os estudos de caso que irão ser descritos nos capítulos III.5 e III.6 (Anexos E e F respetivamente). No Anexo G está, também, a apresentação do caso MF, que inicialmente era um estudo de caso, mas que depois abandonou a terapia. Para além destas apresentações, nas reuniões foram feitas reflexões sobre situações ocorridas no estágio e formuladas hipóteses de resposta profissional às mesmas.

1.2 Calendarização e horário das Atividades de Estágio

As atividades de estágio descritas neste relatório tiveram início no dia 17 de outubro de 2023 e terminaram no dia 21 de junho de 2024. As diferentes fases das atividades realizadas estão expostas nas tabelas 2 e 3, divididas de acordo com os serviços onde foram realizadas.

Em ambos os serviços, o estágio iniciou-se em outubro com um período de integração nas equipas do Espaço@com da Damaia e de Queluz e da SPSMIA.

Ao longo de todo o período de estágio, em ambas as equipas do Espaço@com, a estagiária só estava presente nas sessões individuais como observadora, à exceção de quatro sessões no Espaço@com de Queluz com um caso que acabou por abandonar a terapia. Relativamente à intervenção grupal, a partir do mês de novembro, a estagiária começou a intervir nos grupos do Espaço@com da Damaia e, a partir do mês de abril, no grupo do Espaço@com de Queluz. A intervenção com o estudo de caso DS apenas teve início dia 23 de fevereiro de 2024, por apenas ter sido nesta data que foi inserido no grupo.

No caso do SPSMIA, a estagiária observou as sessões individuais em conjunto com a psicomotricista ao longo de todo o estágio, observou as sessões de grupo durante os meses de outubro e novembro e depois co-interviu nessas sessões com a psicomotricista, com a terapeuta ocupacional e com a estagiária da terapeuta ocupacional. A intervenção individual com o estudo de caso LD começou no dia 28 de novembro de 2023 e com o caso LM no dia 18 de janeiro de 2024.

Relativamente às reuniões de equipa, a estagiária participou em todas desde o início das atividades de estágio e foi alternando os serviços todas as semanas. Além disso, foram ocorrendo reuniões do núcleo de estágio de quinze em quinze dias, desde outubro até maio.

Tabela 2 - Calendarização das Atividades de Estágio no Espaço@com

Atividades de Estágio	2023			2024					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Integração na equipa									
Observação da intervenção individual Espaço@com									
Observação da intervenção grupal Espaço@com									
Intervenção psicomotora grupal Espaço@com									
Avaliação inicial DS									
Acompanhamento terapêutico DS									
Avaliação final DS									
Reuniões de equipa									

Tabela 3 - Calendarização das Atividades de Estágio no SPSMIA

Atividades de Estágio	2023			2024					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Integração na equipa									
Observação da intervenção individual SPSMIA									
Observação da intervenção grupal SPSMIA									
Co-Intervenção psicomotora grupal SPSMIA									
Avaliação inicial LD									
Acompanhamento terapêutico LD									
Avaliação final LD									
Reuniões de equipa									

O horário semanal foi sofrendo algumas alterações ao longo do tempo. Contudo, a versão apresentada na tabela 4 tornou-se definitiva a partir de janeiro de 2024, com um total de 23 horas semanais, em média.

As segundas-feiras eram passadas no Espaço@com da Damaia, as terças e quintas no SPSMIA e as sextas no Espaço@com de Queluz. As sessões clínicas e as reuniões de equipa ocorriam sempre às quartas no HFF e as reuniões do núcleo de estágio na FMH.

Em relação às sessões individuais de segunda-feira, por vezes a estagiária não as podia observar por haver internos de outras especialidades presentes. Durante os meses de maio e junho, porque a psicomotricista do Espaço@com de Queluz estava de baixa, à sexta-feira apenas existiu a sessão de grupo.

Para lá do horário apresentado na tabela 4, a estagiária também dedicou tempo ao desenvolvimento das atividades complementares descritas no subcapítulo seguinte.

Tabela 4 - Horário das Atividades de Estágio

Hora/Dia	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
9h–10h	Sessão individual	Grupo 11-13	Sessão Clínica		Sessão individual
10h–11h	Sessão individual	Sessão individual			Grupo MoviMENTE
11h–12h	Grupo EF	Sessão individual	Reuniões de equipa		Sessão individual
12h–13h	Grupo Come&Go	Sessão individual			Sessão individual
13h–14h		Sessão L. ou L.M.		Sessão L. ou L.M.	Sessão individual
14h–15h			Reunião núcleo de estágio		Sessão individual
15h–16h					
16h–17h					

2. A Psicomotricidade no HFF

Neste subcapítulo é descrito o quadro matricial da valência da PM no HFF, nomeadamente o modelo de intervenção psicomotora, a sessão-tipo e os tipos de sessão. Esta informação serve para contextualizar, de forma clara, como e onde são realizadas sessões de PM neste serviço.

2.1 Modelo de Intervenção Psicomotora no HFF

A PM, com âmbito terapêutico, está incluída tanto nas equipas do Espaço@com como na equipa de Área de Dia do SPSMIA e, em ambas, funciona em regime ambulatorio, sendo a referenciação do utente realizada pelo médico psiquiatra ou pedopsiquiatra. Em geral, em ambos os serviços, os casos eram encaminhados para a PM quando as queixas dos utentes eram maioritariamente relacionadas com o corpo – como este se sentia, agia e era pensado.

Primeiramente, é realizada uma consulta de avaliação geral do utente referenciado, onde estão presentes a psiquiatra, a terapeuta ocupacional e a psicomotricista, com a finalidade de perceber qual o serviço do Espaço@com mais indicado. Nesta consulta, o objetivo é conhecer o utente, os seus interesses e motivações, e dar a conhecer sobre as valências existentes no Espaço. Depois desta consulta, no âmbito da PM, é agendada uma primeira consulta, onde é realizada uma entrevista semiestruturada e são especificados os objetivos das sessões de PM. Seguidamente, é realizada uma avaliação psicomotora, desenvolve-se um plano terapêutico com objetivos e estratégias e, finalmente, inicia-se a intervenção.

Relativamente à equipa de Área de Dia, o processo terapêutico é idêntico ao anteriormente apresentado. A pedopsiquiatra referencia a criança para a PM nas reuniões de equipa semanais, prestando algumas informações relevantes sobre a mesma e os seus contextos. Posteriormente, a psicomotricista marca uma consulta com a criança e o seu cuidador e realiza-se uma entrevista semiestruturada, onde são esclarecidos os objetivos terapêuticos, de acordo com as necessidades da criança. Nas primeiras sessões é realizada a avaliação psicomotora e delineado o plano terapêutico para a mesma. A fase final é a intervenção, propriamente dita, e a aplicação dos objetivos e estratégias traçados.

As sessões em ambos os serviços podem ser realizadas semanal ou quinzenalmente, dependendo do plano delineado e da disponibilidade da psicomotricista.

2.2 Sessão-Tipo

Tendo em conta que o estágio foi realizado com duas populações bastante distintas, crianças e adultos, é esperado existirem algumas diferenças no conteúdo de cada sessão. Contudo, habitualmente as sessões de PM realizadas em ambos os serviços seguiam um modelo-tipo: o diálogo inicial, o desenvolvimento e o diálogo final.

O diálogo inicial era caracterizado por uma breve conversa sobre como é que o utente se sentia, como tinha corrido a semana, que novidades existiam desde a última sessão e uma reflexão sobre o que tinha sido feito na última sessão. Nesse momento, tanto os utentes como a psicomotricista partilhavam os seus acontecimentos, de forma que existisse um sentimento de igualdade e segurança. A retrospeção sobre as situações passadas permitia, também, reforçar a memória, ajudando o utente a criar uma ligação contínua entre as sessões. Em grupo, com crianças ou adultos, este momento ocorre num círculo, para que todos se vejam, estimulando o diálogo entre os presentes. Com o estudo de caso LD era ainda realizado um ritual inicial, com o objetivo de preparar o seu corpo e mente para as atividades a realizar. Segundo Furini e Selau (2010), os rituais são momentos importantes da sessão, que promovem a criação de uma rotina estruturada e sistemática que muitas crianças não têm noutros contextos.

No segundo momento – desenvolvimento – eram realizadas as atividades, propriamente ditas, que iam ao encontro dos objetivos estabelecidos para o utente ou para o grupo. Com as crianças, as atividades ocorriam de uma forma mais espontânea, sendo elas a dar ideias sobre o que gostariam de fazer, planeando individualmente, com o terapeuta ou com outras crianças, como é que poriam a sua sugestão em prática. Muitas vezes, depois de apresentadas as ideias, o terapeuta procura adaptá-las em prol dos objetivos terapêuticos estabelecidos. Com adultos, contrariamente, as atividades

eram planeadas pelo terapeuta e, depois de apresentadas aos utentes, poderiam sofrer algumas alterações caso estes tivessem outras ideias, o que raramente acontecia.

No diálogo final, eram feitas reflexões gerais sobre o que tinha sido realizado na sessão, favorecendo a tomada de consciência do vivido e a relação entre o que foi realizado e o que foi sentido. Desta maneira, era pedido que dissessem uma frase ou uma palavra sobre a sessão, ou, até mesmo, que realizassem um movimento com o mesmo fim. Com os grupos de adultos, a sessão terminava sempre com um momento de alongamentos, de forma a preparar o corpo para o resto do dia, promovendo a consciencialização corporal dos utentes. Com o estudo de caso LD, a sessão terminava com um ritual, uma forma de estabelecer o limite entre o espaço da sessão e o espaço exterior a esta, promovendo, também a expressão não verbal.

Para além destes três momentos primordiais, no planeamento das sessões, a estagiária acrescentou um momento de integração, que vai ocorrendo durante toda a sessão. Este momento é caracterizado pelas reflexões que surgiam antes, durante ou depois das atividades realizadas. Algumas vezes, a estagiária pedia, diretamente, que os utentes refletissem, através de palavras, representações gráficas ou movimentos; outras vezes os próprios utentes sentiam-se confortáveis e seguros para começar a reflexão sozinhos. Neste momento é, também, muito importante refletir sobre se existe alguma semelhança entre o que foi vivido em sessão e o que acontece no dia a dia e como é que as estratégias utilizadas em sessão podem ser utilizadas no quotidiano.

2.3 Sessão individual vs. Sessão de grupo

Como já foi referido anteriormente, as sessões de PM podem ter um carácter individual ou grupal (Aragón, 2012) e em ambos os serviços a estagiária teve a oportunidade de observar e intervir nestes dois tipos de sessão.

As sessões individuais permitem que seja realizado um trabalho mais intenso, dado que o psicomotricista tem mais disponibilidade para o utente (Aragón, 2012). Ademais, neste tipo de sessões, é mais fácil para o terapeuta seguir o ritmo individual de aprendizagem do utente e mais fácil para o utente expressar-se de forma autêntica, sem receio de ser ridicularizado pelos colegas. Contudo, estar em grupo também pode estimular a espontaneidade, dado que o utente se pode sentir menos observado pelo terapeuta (Aragón, 2012). De outra forma, um grupo terapêutico promove a comunicação, a partilha de experiências e a adaptação ao modo de vida tanto individual como coletivo (Aragón, 2012; Benevides et al., 2010).

Geralmente, o psicomotricista opta por começar a intervenção individualmente, para que possa conhecer melhor o utente e, se fizer sentido, integra-o depois num grupo onde são desenvolvidas as suas áreas menos fortes (Aragón, 2012). O terapeuta pode,

ainda, escolher alternar entre os dois tipos de sessão se notar que o caso precisa de uma maior atenção. Todavia, é sempre importante avaliar as vantagens e desvantagens do tipo de intervenção a ser utilizado com cada utente, tendo em conta a sua personalidade, as suas dificuldades e a sua história pessoal (Aragón, 2012).

Relativamente ao tipo de sessão, individual ou de grupo, realizada nos serviços, SPSMA e SPSMIA, haviam algumas diferenças.

Quanto às sessões de PM no Espaço@com, tanto as individuais como as de grupo tinham a duração de uma hora. Contudo, enquanto que nas sessões grupais eram realizadas tanto atividades gnossopráticas como de relaxação, nas sessões individuais eram privilegiados os métodos de relaxação.

No caso das sessões de PM na Área de Dia, as sessões individuais tinham uma duração de 60 minutos e as grupais de 75 a 90 minutos. Em ambas, como já foi descrito anteriormente, é fundamental priorizar as ideias das crianças, uma vez que é a partir destas que elas expressam os seus interesses, crenças e medos.

3. Instrumentos de avaliação

Neste subcapítulo serão descritos, sucintamente, os instrumentos de avaliação utilizados nas atividades de estágio. Os primeiros três são do âmbito da intervenção com adultos e os restantes do âmbito da intervenção com crianças e adolescentes.

1.3 Escala Motora Breve (Guimarães et al., 2016)

A Escala Motora Breve (EMoB) foi elaborada por Jahn et al. (2006) e traduzida para português por Guimarães et al. (2016). Tem como objetivo avaliar e despistar os sinais neurológicos motores discretos (SNMD) de pessoas com PEE. Os SNMD são indicadores de uma disfunção cerebral não especificada, sendo que a sua presença é, muitas vezes, indiciadora de risco para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica (Guimarães et al., 2018; Pedroso et al., 2010 citado em Guimarães et al., 2018). A relação entre estes sinais e as dificuldades psicomotoras tem sido bastante estudada, mostrando que estas dificuldades podem preceder e prever o início da PEE (Guimarães et al., 2023).

A EMoB está organizada em 10 atividades motoras que se dividem em dois grupos: Sequência Motora e Coordenação Motora (Guimarães et al., 2016). Enquanto a primeira subescala se relaciona com o planeamento, ao nível da posição e velocidade, e generalização motora, a segunda foca-se maioritariamente no planeamento e aprendizagem prática (Guimarães et al., 2018; Guimarães et al., 2023; Jahn et al., 2006).

A Sequência Motora é constituída por cinco itens: (1) pronação-supinação, (4) tamborilar, (6) práxia reflexiva I, (7) práxia reflexiva II e (8) estruturação rítmica. A Coordenação Motora é constituída pelos restantes cinco itens: (2) diadococinésias, (3) coordenação dos membros superiores (prova de Oseretzky), (5) coordenação do movimento do pé, (9) ritmo do batimento bilateral e (10) fixação do olhar (Guimarães et al., 2016).

A cotação dos itens varia entre 0 e 2, sendo que 0 corresponde à ausência de dificuldade do movimento e 2 à maior dificuldade do movimento (Jahn et al.,2006). O valor das subescalas é obtido pela média aritmética dos itens correspondentes, e a pontuação total da EMOB é a média aritmética dos fatores da Coordenação Motora e da Sequência Motora (Guimarães et al.,2018).

Nesta escala existe, ainda, uma linha de corte com o valor igual ou superior a 1,50, em que qualquer valor que se encontre acima deste limiar significa que são evidentes SNMD (Guimarães et al., 2016).

Nas atividades de estágio, a EMOB foi aplicada no contexto do SPSMA, apenas ao estudo de caso que será apresentado no ponto cinco do capítulo III.

1.4 Human Figure Drawing Test (Mitchell et al., 1993)

O Human Figure Drawing Test (HFDT) foi elaborado por Mitchell et al. (1993) para a avaliação do desenvolvimento cognitivo através do desenho da figura humana. Este instrumento é dividido em avaliação quantitativa e avaliação qualitativa. A primeira divide-se, ainda, em quatro escalas: Impairment Scale, Distortion Scale, Simplification Scale e Organic Factors Index. A segunda caracteriza-se pelas observações gerais durante a aplicação do instrumento e pela interpretação de cada item (Mitchell et al., 1993).

Nas escalas Impairment Scale, Distortion Scale e Simplification Scale, uma pontuação final de 55 pontos ou abaixo indica um nível normal de funcionamento cognitivo; quando o valor varia entre os 56 e os 70 pontos indica um funcionamento cognitivo de moderado a grave; uma pontuação acima dos 71 pontos indica um grave funcionamento cognitivo relacionado com uma condição orgânica ou um défice cognitivo (Mitchell et al., 1993). A escala Organic Factors Index é calculada através da subtração da Simplification Scale pela Distortion Scale. Quando a pontuação final desta escala é 4 ou superior a condição orgânica é muito provável; quando o valor é -4 ou inferior é provável que o défice cognitivo seja uma componente do quadro clínico; já os valores entre -4 e 4 não indiciam uma condição orgânica suspeita (Mitchell et al., 1993).

No local de estágio, o HDFT foi aplicado no contexto do SPSMA apenas ao estudo de caso que será apresentado no ponto cinco do capítulo III.

1.5 Grelha de Observação do Comportamento (Duarte et al., 2015)

A Grelha de Observação do Comportamento (GOC) tem como objetivo observar o comportamento dos utentes no contexto da sessão de forma quantitativa, considerando critérios de frequência do comportamento, e de forma qualitativa (Duarte et al., 2015). Este instrumento não apresenta material específico padronizado e pode ser aplicado em qualquer etapa de intervenção. Os autores explicam que a administração pode ser realizada a um indivíduo com um diagnóstico de perturbação psiquiátrica de qualquer faixa etária (Duarte et al., 2015).

Este instrumento divide-se em três domínios: Comportamento e Desempenho; Relação; e Componentes Psicomotores (Duarte et al., 2015). Os itens são avaliados numa escala de frequência que varia entre um e quatro, tipificada em: 1 – nunca/ quase nunca; 2 – poucas vezes; 3 – muitas vezes; 4 – quase sempre/sempre. A informação qualitativa pode ser registada no espaço em frente de cada item (Duarte et al., 2015). Destaca-se, ainda, que um item não preenchido significa que foi um item que não foi observado em sessão (Duarte et al., 2015).

No local de estágio, a GOC foi aplicada no contexto de intervenção com adultos apenas no estudo de caso que será apresentado no ponto cinco do capítulo III.

1.6 Bateria Psicomotora (Fonseca, 2021)

A Bateria Psicomotora (BPM) foi apresentada por Fonseca (2021) e deve ser aplicada a crianças entre os quatro e os doze anos, tendo como principal objetivo determinar um perfil psicomotor, identificando as áreas fortes e as áreas vulneráveis da criança. Para além de conseguir detetar possíveis défices funcionais em termos psicomotores, esta bateria relaciona as áreas sensoriais e as áreas percetivas, identificando, também, possíveis dificuldades de aprendizagem. Embora este instrumento não tenha uma capacidade diagnóstica, permite identificar sinais desviantes do desenvolvimento típico de uma criança e dá ao psicomotricista orientações terapêuticas para a sua intervenção (Fonseca, 2021).

Os itens desta bateria observam e avaliam os sete fatores psicomotores: Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaciotemporal, Praxia Global e Praxia Fina e cada um destes fatores é dividido em subfatores que são avaliados por meio de tarefas independentes (Fonseca, 2021). A pontuação da BPM apresenta um intervalo de um a quatro, sendo que: um ponto significa que não há resposta ou que esta é inadequada e descoordenada, relacionando-se com um perfil apráxico; dois pontos são dados quando há dificuldades na execução e controlo do movimento, remetendo para um perfil dispráxico; três pontos são atribuídos quando a

resposta é completa, adequada e controlada, podendo existir alguma imprecisão, relacionando-se com um perfil euprático; quatro pontos significam que as tarefas foram realizadas de forma planeada, precisa, controlada e harmoniosa, remetendo para um perfil hiperprático. A cotação final de cada fator é obtida através das médias das pontuações das tarefas (Fonseca, 2021).

Durante o estágio, a BPM foi aplicada na sua íntegra no contexto de intervenção com crianças e adolescentes e no contexto de adultos foram selecionados alguns itens específicos, de acordo com a informação necessária para realização do projeto terapêutico.

1.7 Behaviour Assessment Scale for Children (Reynolds & Kamphaus, 1992)

A Behaviour Assessment Scale for Children (BASC) tem como objetivo avaliar os comportamentos, pensamentos e emoções de crianças entre os quatro e os 18 anos (Reynolds & Kamphaus, 1992). É um instrumento multidimensional, por avaliar variados aspetos do comportamento e das emoções do indivíduo, incluindo aspetos positivos e negativos. Quando aplicado na sua totalidade, este instrumento de avaliação providencia informação sobre os vários contextos da criança, permitindo que o terapeuta tenha uma compreensão mais completa da mesma (Reynolds & Kamphaus, 1992). A BASC apresenta normas populacionais para comparação, contudo, não está normalizada para a população portuguesa, tendo sido apenas traduzida e adaptada.

A BASC é constituída por cinco elementos, que o terapeuta pode escolher aplicar conforme os seus objetivos: um questionário para os pais (Parent Rating Scale [PRS]) e outro para os professores (Teacher Rating Scale [TRS]), que juntam as observações dos respondentes sobre os comportamentos da criança; um questionário de autorresposta (Self-Reported Personality [SRP]), onde a criança descreve as suas emoções e perceções; um guia para a história do desenvolvimento e um protocolo de observação (Reynolds & Kamphaus, 1992). Contudo, apenas serão descritos os utilizados na prática das atividades de estágio.

A PRS avalia os comportamentos adaptativos e problemáticos nos contextos da comunidade e familiar e o seu questionário apresenta quatro opções de resposta: 0 – nunca, 1 – ocasionalmente, 2 – frequentemente e 3 – sempre (Reynolds & Kamphaus, 1992). Os resultados obtidos permitem avaliar as componentes de problemas externalizados, de problemas internalizados e de competências adaptativas, tendo, ainda, um índice extra de sintomas comportamentais e o índice F, que permite validar as respostas dadas, ao detetar as respostas negativas que são falsas, tornando-se

preocupante quando é superior a dois pontos. Esta subescala divide-se em três faixas etárias, 4-5, 6-11 e 12-18, e os resultados devem ser interpretados segundo a idade e o género, pelas referências à norma (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Já a SRP é um inventário geral da personalidade e apresenta apenas duas opções de resposta, verdadeiro e falso (Reynolds & Kamphaus, 1992). Nesta escala são avaliadas as componentes de inadaptação escolar, de perturbações clínicas e de ajustamento pessoal. Apresenta, ainda, um índice de sintomas emocionais. Para além disto, apresenta o índice F (tal como a PRS), o índice L, que é inverso ao anterior, i.e., deteta as falsas respostas positivas e apenas existe para a faixa-etária 12-18, e o índice V, que indica as respostas que são inválidas, pela pouca capacidade de compreensão ou pouco contacto com a realidade do indivíduo (Reynolds & Kamphaus, 1992). O índice F deve preocupar o terapeuta quando é superior a quatro; o índice L se for superior a oito; e o índice V se for superior a dois. Esta subescala divide-se em duas faixas etárias, 6-11 e 12-18, e os resultados devem ser interpretados segundo a idade e o género, pelas referências à norma (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No que diz respeito aos resultados, é utilizada a pontuação T para a interpretação dos perfis da criança (Reynolds & Kamphaus, 1992). No caso do perfil clínico, se a pontuação T for elevada é mais preocupante, enquanto que no perfil adaptativo, se a pontuação T for reduzida, apresenta uma maior preocupação (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No local de estágio, a BASC foi aplicada no contexto do SPSMIA apenas ao estudo de caso apresentado no ponto seis do capítulo III, tendo sido apenas aplicados os questionários de autorrelato e dos pais.

1.8 Draw a Person Test (Naglieri, 1988)

Naglieri apresentou o Draw a Person (DAP) em 1988 como um instrumento que avalia a noção corporal através da observação do desenho da figura humana de crianças entre os cinco e os dezassete anos (Naglieri, 1988). A avaliação deste instrumento é feita através da observação da proporção do desenho do corpo do homem, da mulher e do próprio indivíduo, dos pormenores existentes e da presença, ou não, dos segmentos corporais, acabando por compreender os níveis cognitivos e de inteligência psicométrica (Laak et al., 2005). Pode ser aplicado individualmente ou em grupo de forma simples e rápida, embora não apresente limite máximo de tempo (Troncone et al., 2020). Além disso, por não exigir comunicação verbal na sua aplicação, pode ser utilizado em populações com dificuldades na linguagem ou com algum tipo de défice cognitivo (McNeish & Naglieri, 1993).

Uma vez que este instrumento é pouco influenciado pelas variáveis culturais e que estas nada vão influenciar a qualidade do desenho, isto torna-o vantajoso perante outros instrumentos que avaliem o mesmo fator psicomotor (Naglieri, 1988). O DAP trabalha o esquema corporal que a criança tem, tanto de si própria como dos que a rodeiam, e este é refletido através das diferenças visíveis no desenho que a criança faz do seu corpo e que a mesma faz no desenho do corpo do outro (Naglieri, 1988).

Relativamente à cotação deste instrumento, são analisados 14 parâmetros em cada um dos desenhos, de acordo com as categorias presença, detalhe, proporção e bónus (Naglieri, 1988). Para obter resultados o mais globais possível, é importante que o terapeuta realize, também, uma análise qualitativa do tónus, da postura e atitude, das cores, do tempo, da noção espacial e de outros detalhes no desenho, uma vez que esses aspetos são essenciais para caracterizar a problemática em estudo (Matto, 2002).

No local de estágio, o DAP foi aplicado no contexto do SPSMIA ao estudo de caso apresentado no ponto seis do capítulo III e a outros casos acompanhados neste serviço, apenas através do desenho do próprio.

4. Caracterização da população atendida

O presente subcapítulo visa apresentar os casos acompanhados durante o período de estágio.

A intervenção psicomotora foi realizada principalmente a nível grupal, mas existiram, também, três casos acompanhados a nível individual. No total, a estagiária acompanhou 23 utentes: 11 pertenciam ao Espaço@com Damaia, com os quais foi realizada uma intervenção grupal (Grupo Come&Go e Grupo EF); cinco pertenciam ao Espaço@com Queluz, sendo que quatro tiveram intervenção grupal (Grupo MovIMENTE) e um tinha intervenção individual (MF); sete pertenciam ao SPSMIA, estando seis em intervenção grupal (Grupo 11-13) e um em intervenção individual (LM). Para além destes utentes, destacam-se dois estudos de caso (LM e DS), que serão detalhados nos capítulos III.5 e III.6.

Em termos gerais, no serviço de SPSMIA, a média das idades dos casos observados pela estagiária foi 10,8 anos, enquanto que no SPSMA foi 40,37. Ao nível das perturbações, no serviço de SPSMIA a estagiária acompanhou maioritariamente utentes com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) com uma expressão fenotípica com base emocional. Já no SPSMA, a maioria das perturbações eram as PEE e utentes com sintomas somáticos. No Anexo H encontra-se a tabela H1, que caracteriza com mais detalhe os casos observados ao longo do estágio.

Na tabela 5, encontram-se apresentados os casos acompanhados, caracterizados por idade, sexo, problemática, contexto de intervenção e assiduidade (sessões em que esteve presente/sessões realizadas), divididos por local de estágio, à exceção dos estudos de caso que serão apresentados mais à frente.

Tabela 5 - Caracterização dos casos acompanhados pela estagiária

Caso	Idade	Sexo	Problemática	Contexto de intervenção	Assiduidade
Espaço@com Damaia					
AA	60	Feminino	POC da personalidade + Deficiência intelectual ligeira	Acompanhamento Autónimo no Grupo EF	13/17
MA	74	Feminino	Perturbação distímica + Perturbação somatização	Acompanhamento Autónimo no Grupo EF	20/23
IG	59	Feminino	Perturbação depressão major, episódio simples, moderado	Acompanhamento Autónimo no Grupo EF	14/23
AS	43	Feminino	Deficiência intelectual ligeira + mioclonias epiléticas (Neuro)	Acompanhamento Autónimo no Grupo EF	20/23
RP	42	Masculino	Esquizofrenia, SOE	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	16/23
CF	41	Masculino	Psicoses Esquizofrénicas	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	22/23
RN	25	Masculino	Episódio esquizofrénico agudo, SOE + Esquizofrenia, não especificada, crónica	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	21/23
GM	23	Masculino	Esquizofrenia, SOE	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	7/23
SD	34	Feminino	Psicose, SOE, não devida a substâncias ou outra perturbação	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	4/6
ES	28	Masculino	Esquizofrenia, SOE	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	8/9
TD	34	Masculino	Outras perturbações específicas da personalidade + autismo infantil + estado de ansiedade, NCOP	Acompanhamento Autónimo no Grupo Come&Go	7/9
Espaço@com Queluz					
AE	46	Feminino	Esquizofrenia Paranoide	Acompanhamento Autónimo no Grupo MoviMENTE	13/16
TG	36	Feminino	Esquizofrenia, s/ outra especificação	Acompanhamento Autónimo no Grupo MoviMENTE	14/16
CF	51	Feminino	Psicoses não orgânicas não classificáveis em outra parte	Acompanhamento Autónimo no Grupo MoviMENTE	12/16
JG	36	Masculino	Perturbação Afetivo Bipolar	Acompanhamento Autónimo no Grupo MoviMENTE	7/7
MF	20	Feminino	Agorafobia com ataques de pânico + Síndrome de Asperger + Episódios paroxísticos	Acompanhamento Autónimo em sessão individual	4/9
SPSMIA					
BB	13	Feminino	PEA + POC + PHDA	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	21/24

DP	12	Masculino	PHDA	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	21/24
GS	12	Masculino	PHDA	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	22/24
NE	11	Masculino	PHDA	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	21/24
SP	13	Feminino	Perturbação Depressiva Major (Ep. Simples, não especificado)	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	12/15
VV	12	Masculino	PHDA	Coterapia com a orientadora local e TO no Grupo 11-13	11/24
LM	11	Masculino	PHDA	Acompanhamento Autónimo em sessão individual	5/11

4.1 Evolução Geral dos Casos Acompanhados – Grupos Terapêuticos

4.1.1 Espaço@com Damaia – Grupo EF

O Grupo EF era acompanhado todas as segundas-feiras de manhã no Espaço@com da Damaia e era composto por quatro mulheres com a somatização como principal sintoma. Com este grupo foi possível desenvolver algumas estratégias de alívio do stress e da ansiedade, algo que, segundo as utentes, começou a ser praticado em casa. Estas atividades estimulavam, também, a vontade de autoajuda, uma vez que estas senhoras manifestavam uma maior predisponibilidade em ajudar o outro. Algumas das estratégias utilizadas foram privilegiar a realização de atividades mais recetivas do que expressivas (e.g.: respiração ativa) e atividades autodirigidas ao invés de realizadas pelo terapeuta (e.g.: automassagem).

Além disso, as atividades eram maioritariamente focadas no real e no concreto, uma vez que o grupo tinha alguma dificuldade em pensar “fora” do que estava a acontecer, ainda que, por vezes, fossem incentivadas a ver outras coisas para além do que estava a ser realizado – e.g.: atiravam lenços para o chão e deviam pensar o que é que aquilo poderia significar para além dos lenços – e esta competência foi progredindo vagarosamente sessão a sessão. Durante o processo também foi possível observar o aumento de confiança com a estagiária, dado que no início algumas utentes se mostravam reticentes com a sua presença na sessão. É importante destacar que para além da AA, que teve alta do grupo, as restantes utentes evoluíram de forma semelhante.

4.1.2 Espaço@com Damaia – Grupo Come&Go

O Grupo Come&Go era composto por utentes com a presença de sintomas negativos e a sua constituição foi-se alterando ao longo do período de estágio. Neste

grupo eram, principalmente, estimuladas algumas competências cognitivas – como a memória e a atenção –, as funções executivas – como a flexibilidade cognitiva – e as relações interpessoais.

Embora as dificuldades fossem semelhantes, a evolução dos membros do grupo foi bastante diferenciada. O CF já se encontrava numa fase da doença em que as suas dificuldades eram crónicas e, por isso, não houve quase nenhuma melhoria nas mesmas. Contrariamente, o RP apresentava poucas dificuldades, sendo o grupo apenas uma forma de ele manter as suas competências. Os utentes RN, ES e TD foram mostrando pequenas melhorias ao nível da flexibilidade cognitiva e da memória. Já o GM, como é possível observar na tabela 5, participou em poucas sessões, o que não promoveu a melhoria das suas dificuldades, e a SD abandonou o grupo por razões pessoais. No geral, foi possível observar que os utentes melhoraram a sua relação com os colegas de grupo, ganhando alguma confiança para falar sobre situações do quotidiano ou sobre como se tinham sentido em cada sessão. Contudo, na maioria das vezes, para que existisse esta partilha era necessário que ela fosse despoletada pela estagiária. A relação com a estagiária foi facilmente estabelecida desde o início.

4.1.3 Espaço@com Queluz – MovIМЕНTE

O Grupo MovIМЕНTE foi criado pela orientadora local do Espaço@com de Queluz com o objetivo de diminuir os sintomas negativos, mas fora da sua sala e ao ar livre. Neste grupo eram, também, estimuladas as funções executivas e algumas competências cognitivas através das sensações provenientes do corpo. Além disso, eram ensinadas técnicas de respiração, de forma a diminuir a ansiedade em momentos de crise. Assim, foi possível observar uma grande evolução na utente AE, que se tornou mais consciente das sensações e capacidades do seu corpo, que conseguiu encontrar mais do que três soluções para uma mesma situação e que conseguia rechamar, na maioria das vezes, o que tinha sido feito na sessão anterior. A utente partilhou, ainda, que no seu dia-a-dia utilizava as estratégias realizadas em sessão.

Para a utente TG o mais importante foi a fomentação das relações interpessoais, já que no início do acompanhamento esta dizia que não queria estar no grupo e não partilhava quaisquer informações e no final já conseguia dizer algumas coisas que tinha feito durante a semana e mostrava prazer em realizar algumas atividades com o grupo. Relativamente à CF não foi possível observar grandes evoluções pela pouca presença nas sessões e o utente JG saiu do grupo na fase inicial do mesmo por ter entrado noutra projeto terapêutico.

4.1.4 SPSMIA – Grupo 11-13

O Grupo 11-13 era realizado no SPSMIA e era constituído por crianças com dificuldades ao nível das competências socioemocionais, gestão da frustração e da comunicação verbal e não verbal. No final do acompanhamento terapêutico, todas as crianças mostraram grandes melhorias nestas áreas, conseguindo relacionar-se com os colegas do grupo de forma adequada, regular-se quando se sentiam a entrar numa situação de crise e comunicar com os colegas e/ou terapeutas como se sentiam e, por vezes, o porquê de se sentirem de determinada forma. A comunicação não verbal foi trabalhada com atividades de expressão de sentimentos através da pintura, de recortes e da construção de figuras de gesso e barro. As crianças que mostraram mais facilidade em expressar-se desta forma foram o GS e a BB, sendo que o DP e o NE faziam as atividades sem perceberem a intencionalidade que estas tinham.

É importante referir que a criança VV teve de sair do grupo por motivos pessoais e a criança SP deixou de comparecer às sessões por ter ocorrido uma situação desconfortável com um colega do grupo.

4.2 Evolução Geral dos Casos Acompanhados – Acompanhamento

Individual

4.2.1 Espaço@com Queluz – MF

A MF foi acompanhada individualmente desde o início de janeiro até ao início de abril de 2024, deixando de ser seguida por abandono da terapêutica. Inicialmente a MF iria ser o sujeito de um dos estudos de caso apresentados pela estagiária, pelo que foram feitas algumas avaliações e planeamentos que serão sucintamente apresentados de seguida. Todas as informações relativas a este caso serão apresentadas no Anexo I.

A MF é uma rapariga de 20 anos, está a tirar um curso online de secretariado no Instituto do Emprego e Formação Profissional. Foi seguida no SPSMIA e diagnosticada com Síndrome de Asperger e PGA e, em 2023, quando já era seguida na equipa do SPSMA do HFF, foram acrescentados ao diagnóstico a Agorafobia com Perturbação de Pânico e os Episódios Paroxísticos.

Ao nível de história pessoal e clínica pode indicar-se que a MF sofreu de bullying entre o quinto e o nono ano de escolaridade, que teve um agravamento das queixas de ansiedade no início da adolescência e que, em 2020, teve uma paresia facial do lado direito. Como antecedentes familiares apresenta a família paterna com ansiedade e a tia materna com episódios depressivos. Relativamente a algumas características

peçoais, a MF apresentava uma postura pueril e ingénuo e manifestava muitas dificuldades em fazer amigos.

Ao nível da avaliação foi aplicada a Escala SCL-90 (Derogatis & Kathryn, 2000), o Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (Salvador et al., 2020), o State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 2023) e o HFDT (Mitchell et al., 1993). Alguns dos objetivos delineados foram: no domínio psicomotor, a estimulação do reconhecimento e consciencialização da alteração dos estados tónicos, a promoção da consciência corporal tátil e propriocetiva e a promoção da capacidade autorregulatória e autoconcentrativa do tónus e da respiração; no domínio cognitivo, a estimulação da criatividade das respostas e o melhoramento da capacidade de tomar decisões; e no domínio socioemocional, a estimulação da capacidade de distinguir o corpo real face ao corpo imaginado e a fomentação da consciência dos limites de ação.

Para além das sessões de avaliação inicial, apenas foi realizada uma sessão com a MF, não sendo, por isso, possível relatar uma evolução do caso.

4.2.2 SPSMIA - LM

O LM foi acompanhado entre janeiro e maio de 2024 de forma inconstante, dado que faltava à maioria das sessões, tendo havido vários contactos com a família, poucas vezes respondidos, para que fosse possível a criança ir às sessões.

O LM é uma criança de 11 anos, do sexo masculino, que frequentava o quinto ano de escolaridade, pela segunda vez, e que tinha o diagnóstico de PHDA. Esta criança vivia com a avó e duas tias, sendo que a mãe vivia noutra casa com outra filha, e o pai vivia em Cabo Verde. O único contacto que o LM tem com a mãe é quando vai visitar a irmã, sendo que este ocorre pelo menos uma vez por mês. O último contacto que a criança teve com o pai foi já há alguns anos, quando ele o foi buscar à escola. É importante destacar que o LM assistiu muitas vezes ao pai embriagado, mesmo em coma alcoólico.

No dia oito de maio de 2024 a estagiária esteve presente numa reunião com a professora do LM, a pedopsiquiatra e a orientadora local. Esta reunião serviu para troca de informações entre os dois contextos em que o LM estava inserido, de forma a que as terapeutas recolhessem mais informação sobre onde incidir a sua intervenção. Os principais comportamentos partilhados pela escola foram que a criança tinha dificuldade em cumprir as ordens e regras da escola, acabando por desafiar os professores nas aulas; que, por vezes, apresentava comportamentos agressivos com os professores e com os colegas, roubando-lhes coisas ou dizendo para lhe darem dinheiro se não faziam-lhes mal; e que faltava muitas vezes à escola, umas vezes não aparecendo o dia todo e outras saindo das aulas a meio do dia.

Relativamente à avaliação, apenas se conseguiram realizar alguns itens da BPM (Fonseca, 2021), não tendo sido possível obter uma informação completa para se fazer o perfil intraindividual e delinear objetivos e estratégias.

Apesar de não ter sido possível planear e realizar sessões com o LM, este caso foi discutido com a orientadora local e com a equipa do SPSMIA, o que permitiu à estagiária pensar e refletir, de forma crítica, sobre o mesmo. Essencialmente, foram discutidas as possíveis razões da pouca adesão à terapia psicomotora, formas de incentivar a família a levar a criança às sessões terapêuticas – e.g.: perceber se existia um horário mais fácil de conjugar, com a disponibilidade da família – e formas de cativar o LM – e.g.: procurar fazer sessões mais relacionadas com os seus interesses.

5. Estudo de Caso I

5.1 Caracterização do caso

O LD é um adolescente do sexo masculino com 15 anos e está no primeiro ano do curso técnico de Produção de Tecnologia de Música numa escola profissional em Sintra. O seu agregado familiar é composto pela mãe, a madrasta e o irmão gémeo.

O historial clínico do LD foi relatado pela mãe, que informou que a gravidez foi realizada por fertilização in vitro e que o parto foi prematuro, às 34 semanas. Referiu, também, que o LD nasceu com malformações na base do crânio, na cervical e no ouvido e que teve vários internamentos no primeiro ano de vida, essencialmente por questões respiratórias. Acrescentou, ainda, que o LD tem uma Síndrome de Duane tipo 1, miopia e astigmatismo e que foi operado ao pé boto esquerdo em junho de 2023, por malformação congénita. No início do ano de 2023 começou a ter episódios de enurese e encoprese diurna que, no presente, acontecem com menos frequência. Não apresenta antecedentes familiares ao nível psiquiátrico. Atualmente, o LD é seguido em Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia no Hospital Dona Estefânia e em Nefrologia e no SPSMIA no HFF.

Há que destacar, ainda, que o LD começou a ser seguido em Pedopsiquiatria no privado aos sete anos de idade, apresentando um diagnóstico de PHDA, Depressão e Perturbação da Ansiedade mais Perturbação do Comportamento. A partir de dezembro de 2022, o LD começou a ser seguido no SPSMIA do HFF, sendo diagnosticado com uma Perturbação do humor (afetivo), sem outra especificação (OMS, 1994). A primeira consulta de Psicomotricidade apenas ocorreu no final do mês de junho de 2023.

A mãe revelou, também, que, ao nível do desenvolvimento global, o LD esteve dentro dos marcos típicos, com exceção no desenvolvimento motor, que adquiriu as

aptidões no limite da margem inferior (marcha aos 18 meses), mas não abaixo deste, e que não apresenta nenhum tipo de hipersensibilidade.

Relativamente ao contexto familiar, a mãe do LD é terapeuta ocupacional e o pai, que tinha paraplegia, faleceu no início do ano de 2022. Estiveram casados até o LD entrar na primária. Durante a infância, o LD sofreu maus-tratos por parte do pai, que foram sempre desvalorizados pela mãe. Atualmente, a mãe tem uma relação com outra mulher. A madrasta é técnica de ação direta, e durante a maioria do estágio esteve de baixa.

A relação do LD com a mãe e com a madrasta tem como base o hipercriticismo, com muita atenção negativa e poucos elogios e afetos, tanto verbais como físicos. No início do projeto terapêutico, ambas se mostraram pouco aderentes ao acompanhamento terapêutico, essencialmente à intervenção psicomotora. Contudo, a mãe foi-se mostrando mais participativa e interessada no projeto terapêutico. Para além de mostrar uma resistência à terapia, a madrasta, por estar de baixa sempre em casa, provocava vários momentos de desregulação ao LD. O jovem tem um irmão dizigótico com Perturbação de Ansiedade Generalizada, com quem não tem uma relação de proximidade, com várias brigas recorrentes no dia a dia.

No entanto, há que salientar algumas características importantes no comportamento do LD, nomeadamente que ele não tem facilidade em fazer amigos, mas que é carente nas relações que tem, que são, maioritariamente, com adultos. Começou a fumar no início do ano letivo 2023/24 e tentou parar em janeiro de 2024, embora não tivesse tido um resultado positivo, e diz que apenas tem este hábito para se sentir mais integrado com os colegas. No mês de maio de 2024, a mãe e a madrasta desconfiaram que ele também estivesse a consumir drogas, mas nada foi confirmado. É um jovem com baixa autoestima e pouca autoconfiança, mas sorridente e com quem é fácil comunicar. O LD identifica como principais interesses a música, a religião e atividades motoras. O LD frequentou os escoteiros até fevereiro de 2024, que abandonou por vontade própria, por sentir que causavam cansaço e mais situações de desregulação.

Ao nível das atividades de vida diária (AVD), a mãe refere que o LD, normalmente, resiste a tomar banho e a lavar os dentes, gosta de cozinhar, mas que desiste facilmente, anda de transportes sozinho e tem dificuldade em realizar mais AVD's, por se esquecer de quando tem de as fazer.

5.2 Motivos de Encaminhamento

O LD começou a ser acompanhado na equipa do SPSMIA do HFF em dezembro de 2022, tendo a sua primeira consulta de Pedopsiquiatria a 31 de janeiro de 2023.

Nas primeiras consultas, a mãe indica que começou a notar uma maior expressão das dificuldades cognitivas e uma diminuição do rendimento acadêmico, em conjunto com uma recusa do LD em estar em sala de aula e episódios de heteroagressividade física e verbal com os colegas na escola e, também, em casa, essencialmente, com o irmão. Para além disto, a mãe refere que os comportamentos se agravaram no início do confinamento, quando o LD começou a ter dificuldades em dormir, oscilações de humor e a mostrar-se menos investido no autocuidado. Conta, ainda, que o LD manifestava episódios de confabulações, contando à família histórias distorcidas de situações que acha que aconteceram, mas que não são verdadeiras, e que mendigava à porta da escola, afirmando que a família não lhe dava comer. O aparecimento, aos 14 anos, de uma encoprese sem explicação é, também, uma das principais queixas da mãe.

Após a primeira consulta de Psiquiatria, houve uma continuidade, de forma trimestral das sessões e, também, seguimento pela Nefrologia no HFF.

As consultas de PM começaram a 24 de agosto de 2023, sendo o LD, inicialmente, seguido de forma quinzenal e, com a estagiária, de forma semanal. O jovem foi encaminhado pela pedopsiquiatra para a Área de Dia do SPSMIA devido à presença de comportamentos de heteroagressividade, baixa tolerância à frustração, a episódios de grande desregulação em casa, dificuldade de relacionamento com os pares, dificuldade de organização das rotinas e progressiva desmotivação da escola. A primeira avaliação foi realizada em conjunto com a TO, a 26 de junho de 2023, para se perceber qual das áreas era a mais indicada para o LD.

5.3 Avaliação inicial

A avaliação inicial do LD teve início em outubro de 2023 e terminou em janeiro de 2024. Os instrumentos de avaliação aplicados foram a BPM (Fonseca, 2021), o DAP (Naglieri, 1988) e a BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992). Ademais, foi realizada uma observação informal durante os primeiros meses de intervenção, de forma a obter informação qualitativa complementar para além da que era proveniente dos instrumentos de avaliação.

Assim, os resultados de cada instrumento serão apresentados de seguida e os respetivos documentos podem ser consultados no Anexo J.

5.3.1 [BPM \(Fonseca, 2021\)](#)

A aplicação da BPM (Fonseca, 2021) foi feita em várias fases, uma vez que surgiram algumas situações prioritárias. Esta avaliação teve início em setembro de 2023, com a orientadora local, e terminou em janeiro de 2024, com a estagiária.

Para a aplicação deste instrumento foi utilizada a Sala da PM e os materiais presentes nesta. Conforme se iam realizando os itens, a estagiária ia utilizando os materiais necessários para a sua aplicação. Todos os itens foram realizados, à exceção dos itens do fator Equilibração, dado que o LD apresenta uma dificuldade física num dos pés, e os itens do Controlo Respiratório. Durante a realização dos itens, o LD mostrou-se recetivo e motivado e, nos itens que implicavam mais movimento, como os da Praxia Global, admitia que tinha muito gosto em fazê-los.

Relativamente aos resultados da BPM, o LD apresenta um perfil euprático. Demonstrou como áreas fortes a Tonicidade, a Lateralização e a Praxia Global e como áreas a desenvolver a Noção do Corpo, a Estruturação Espaço-Temporal e a Praxia Fina. Os resultados encontram-se na tabela 6.

Tabela 6 - Perfil Psicomotor do LD, na avaliação inicial

	Cotação				Pontuação
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			3,43
Equilibração			-		-
Lateralização	X				4
Noção do Corpo		X			2,80
Estruturação Espaço-Temporal		X			3
Praxia Global		X			3
Praxia Fina		X			2,75
Cotação final					18,98

É importante referir que ao nível da Tonicidade evidenciaram-se dificuldades quer na extensibilidade dos membros inferiores quer em aceder à passividade de forma voluntária e descontraída. Além disso, foi visível, ao longo da aplicação do instrumento, que o LD realiza movimentos pouco fluídos e harmoniosos e torna-se menos hipertónico quando realiza atividades do seu interesse. As questões orgânicas do LD influenciam, também, a relação que o seu corpo tem com o espaço e os objetos, o que se nota através da tensão apresentada quando realiza algumas atividades.

Já ao nível da Noção do Corpo, o LD mostrou dificuldades tanto em criar uma imagem mental e transpô-la para um movimento harmonioso como em desenhar o seu corpo de forma proporcional e correspondente à realidade. No fator Estruturação Espaço-Temporal salientaram-se as dificuldades na noção espacial – havendo pouco controlo proprioceptivo – e na planificação dos movimentos.

No que diz respeito às praxias, na Praxia Global ressaltaram as dificuldades ao nível da dissociação dos movimentos realizados entre diferentes segmentos corporais e ao nível da planificação e execução de uma sequência de movimentos coordenados; na Praxia Fina verificam-se dificuldades no controlo do movimento fino. No item “Velocidade-Precisão”, foi, também, evidente que o LD tem dificuldade em organizar o

pensamento e selecionar a informação prioritária, pois utilizou várias estratégias para o que lhe foi pedido, não conseguindo deliberadamente escolher uma.

5.3.2 DAP (Naglieri, 1988)

O DAP (Naglieri, 1988) foi aplicado em setembro de 2023, pela orientadora local, uma vez que a estagiária ainda não tinha começado o estágio. Para a aplicação do instrumento o LD sentou-se numa cadeira e fez o desenho na mesa da Sala da PM, tendo à sua disposição lápis de carvão, lápis de cor, lápis de cera, canetas de cor e borracha.

Como a orientadora local apenas costuma pedir que façam o desenho do seu corpo, o LD realizou apenas o desenho dele próprio. O LD demorou os cinco minutos permitidos pelo teste. Para a interpretação dos dados recolhidos, considerou-se a idade cronológica do LD que, no momento de avaliação, era 15 anos e 3 meses. Os resultados obtidos do desenho e as pontuações finais estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 - Pontuação do LD no DAP, na avaliação inicial

Desenho	Valor Bruto	Valor Standard	Percentil	Classificação	Idade Equivalente
Próprio	34	81	10	Abaixo da média	7 anos e 1 mês

É de realçar que o LD se mostrou disponível para a realização do teste. Quando lhe foi sugerido que fizesse algum comentário sobre o desenho, o LD afirmou que usa óculos, que os olhos do desenho são verdes e que tem o cabelo encaracolado. Acrescentou, ainda, que gosta das disciplinas de Físico-química e Ciências e que gosta de ler livros de aventura e contos.

Analisando qualitativamente o desenho, ressalta a desproporcionalidade entre a cabeça e o corpo, com a cabeça excessivamente aumentada relativamente ao tamanho do corpo, e entre o lado direito e o lado esquerdo do corpo, dado que os membros superiores e inferiores do lado direito são desproporcionados face aos do lado esquerdo. Nota-se, ainda, o pouco detalhe no tronco e o facto de a separação das pernas apenas começar nos joelhos. Estas informações salientam o fraco nível de autoconhecimento do LD.

É, também, importante destacar que o LD fez o desenho de si próprio sentado numa cadeira, dado que era a postura em que se encontrava no momento de realização da prova, o que indicia a rigidez e a sua dificuldade em abstrair-se do real e do concreto.

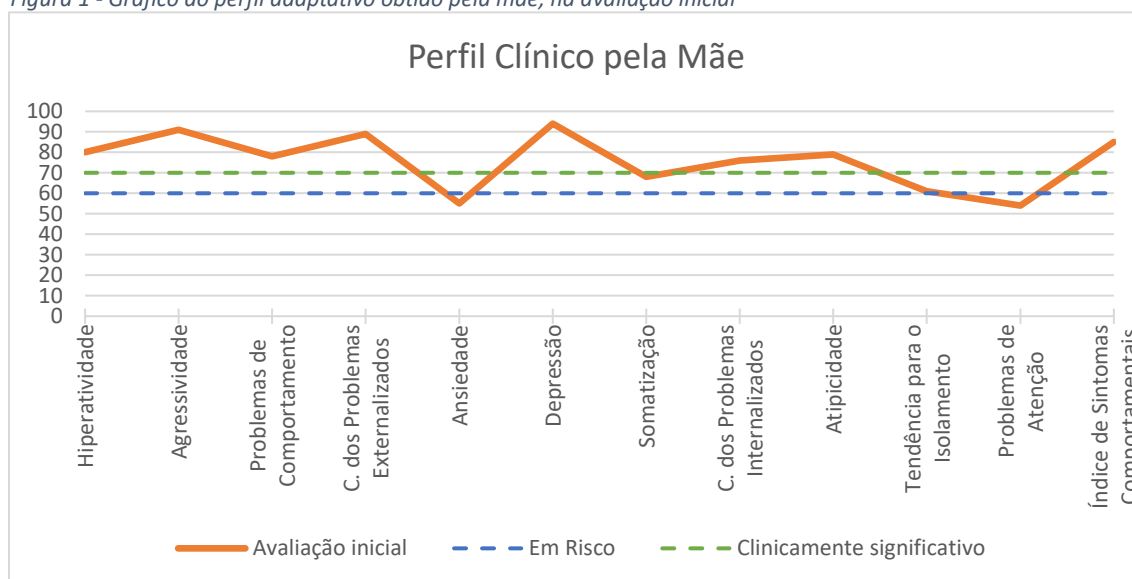
5.3.3 BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992)

Como foi referido anteriormente, a BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992) apresenta 3 escalas, sendo que para este estudo de caso apenas foram escolhidas a escala respondida pelos pais e a escala de autorrelato.

A escala para os pais foi respondida pela mãe, em janeiro de 2024, em forma de entrevista com a estagiária, para que a mãe pudesse conhecer a estagiária e saber os objetivos terapêuticos do LD. Seguidamente, foi feita a respetiva cotação, o preenchimento da tabela de síntese e, finalmente, formulou-se o perfil clínico e adaptativo da mesma.

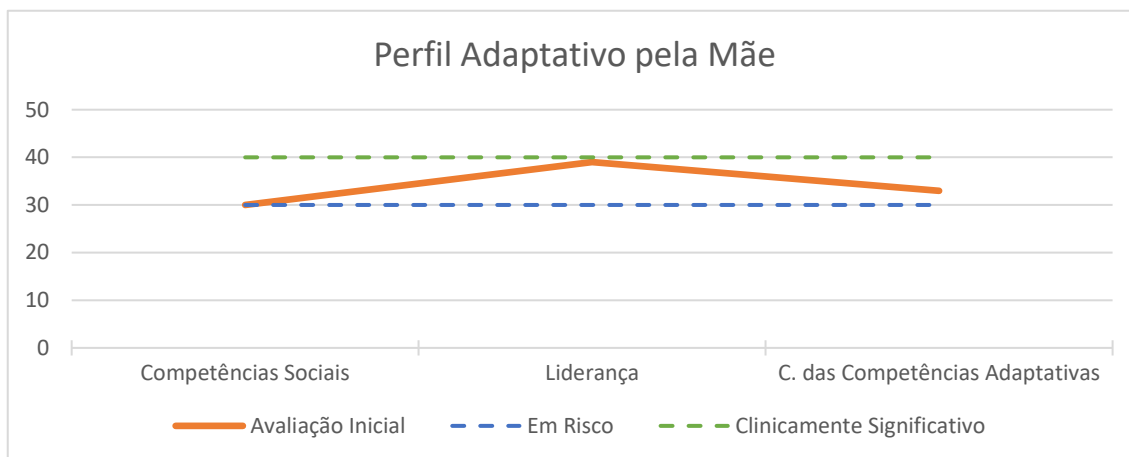
Pela observação do gráfico da figura 1, é possível consultar o perfil clínico, em que a maioria das subescalas e todas as componentes se encontram com resultados clinicamente significativos, nomeadamente a Hiperatividade, a Agressividade, os Problemas de Comportamento, a Componente dos Problemas Externalizados, a Depressão, a Componente dos Problemas Internalizados, a Atipicidade e o Índice de Sintomas Comportamentais. Relativamente às restantes subescalas, a Somatização e a Tendência para o Isolamento apresentam resultados de risco e a Ansiedade e os Problemas de Atenção estão no nível médio do perfil clínico.

Figura 1 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pela mãe, na avaliação inicial



Quanto ao perfil adaptativo obtido pela mãe, representado graficamente na figura 2, apenas a subescala Competências Sociais se encontra no limite dos valores clinicamente significativos, estando as restantes em risco.

Figura 2 - Gráfico do perfil clínico obtido pela mãe, na avaliação inicial



O índice F na escala preenchida pela mãe foi de cinco pontos, o que indica que houve uma alta tendência para classificar de forma negativa os comportamentos do LD.

No que diz respeito aos itens critério, dos 17 existentes, foram selecionados nove itens com cotação acima de 0 (Nunca), nomeadamente: “Diz quero suicidar-me”, “Diz odeio-me”, “Diz quero morrer ou quem me dera estar morto” e “Diz tenho medo de vir a magoar alguém”, com cotação 1 (Algumas Vezes); “Diz tenho medo de vir a cometer um erro” e “Ameaça magoar os outros”, com cotação 2 (Frequentemente); e “Toma medicamentos”, “Tem problemas de audição” e “Tem problemas de visão”, com cotação 3 (Quase Sempre).

Relativamente à escala de autorrelato, esta também foi aplicada em formato de entrevista, no mês de janeiro de 2024. Foi sugerido ao LD que fizesse o que queria enquanto lhe estavam a ser feitas as perguntas, sendo que este começou sentado perto da estagiária, depois jogou com uma bola e no final sentou-se e deitou-se no colchão. Seguidamente, foi feita a cotação da escala, elaborada a respetiva tabela de síntese e estabelecido o perfil clínico e o adaptativo. Na totalidade da escala, foram 16 os itens omissos pelo LD, o que pode por em causa a validade da escala.

Durante a aplicação da escala, o LD foi expressando algumas sentimentos, como que sente que os outros estão contra ele, que os outros não gostam dele e que ele é “chato para os outros” (sic). Ao longo da avaliação da BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992), foi possível constatar que o LD tem muita dificuldade em perceber a perspetiva do outro, sendo difícil perceber o que é que os outros sentem ou podem sentir em relação a ele, afirmando “Não leio os pensamentos das pessoas” (sic) nos itens que se referiam ao que os outros podiam pensar sobre ele. Ademais, foi fazendo alguns

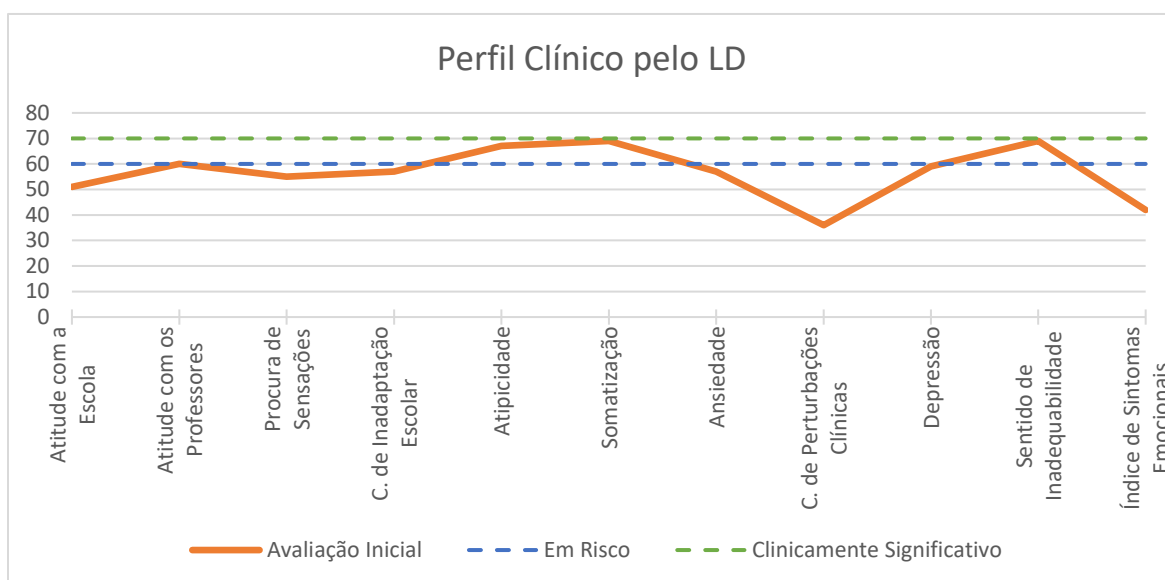
comentários negativos sobre si mesmo, afirmando que é carrancudo, que não sabe tomar decisões, que faz as coisas mal, que é estúpido e que "acho que ninguém gosta de mim" (sic).

O LD afirmou que, por vezes, tem vontade de morrer e que "Estou a lixar-me para a minha vida" (sic). Explicou, ainda, que fica alterado em situações de stress e nesses momentos passa muito rapidamente à agressão e a sentimentos de raiva, com ele próprio e com os outros.

Relativamente à mãe e à madrasta, o LD referiu que sente que estas o controlam muito, mas que são os únicos familiares que gostam dele. O LD admite, também, que "adoro a escola" (sic) e que gosta de ser chamado ao quadro. Contudo, apresenta muitas dificuldades em fazer amizades, considerando, muitas vezes, que os colegas gozam com ele e com as suas dificuldades.

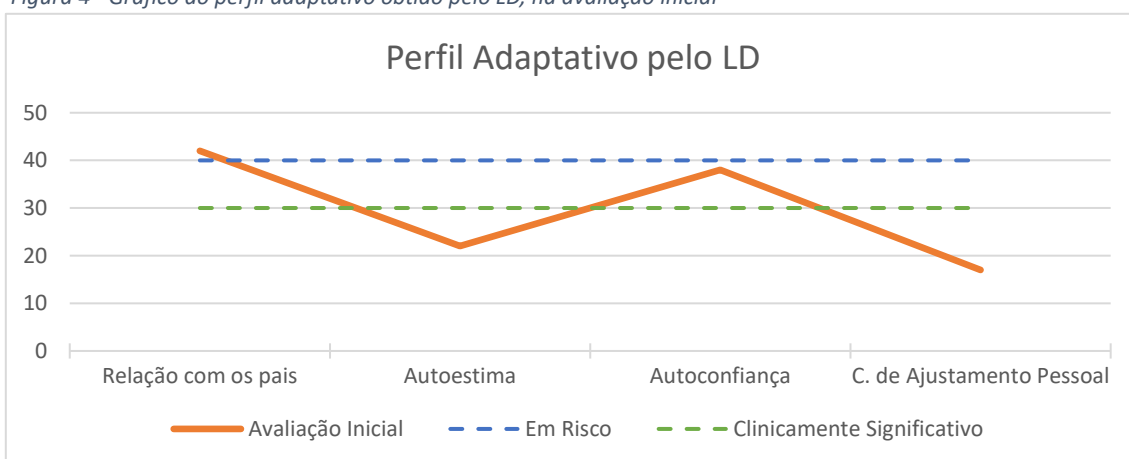
O perfil clínico pelo LD, que se encontra no gráfico da figura 3, mostra que nenhuma das subescalas e componentes apresenta valores clinicamente significativos. Contudo, as subescalas Atitude com os Professores, Atipicidade, Somatização e Sentido de Inadequabilidade apresentam valores de risco. As restantes subescalas encontram-se no nível médio do perfil clínico. É de destacar que as subescalas Locus de Controlo e Stress Social não se encontram representadas, por terem mais de dois casos omissos, o que as torna inválidas.

Figura 3 - Gráfico do perfil clínico obtido pelo LD, na avaliação inicial



Relativamente ao perfil adaptativo pelo LD, que está graficamente representado na figura 4, apenas a subescala Relação com os pais está no nível médio e a subescala Autoconfiança está no nível de risco do perfil adaptativo. As demais subescala e componente, Autoestima e Componente de Ajustamento Pessoal, apresentam valores clinicamente significativos. É de destacar que a subescala Relações Interpessoais não se encontra representada, por ter mais de dois casos omissos, o que a torna inválida.

Figura 4 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pelo LD, na avaliação inicial



Sobre os itens critério, dos 16 existentes, o LD assinalou oito como verdadeiros, o que significa que existem alguns itens que necessitam de uma atenção especial (e.g.: “Não consigo controlar o que se passa comigo”, “Por vezes quero magoar” ou “Oíço vozes na minha cabeça”). No que diz respeito ao índice F, nesta escala o valor foi de seis pontos, o que é relevante, pois indica que o LD manifestou tendência para classificar negativamente os seus comportamentos. O índice V obteve seis pontos, o que indica que algumas das respostas dadas pelo LD podem não ser válidas. O índice L apresentou o valor de dois pontos, o que indicia que a resposta do LD não se ajustou ao desejo social.

5.4 Perfil Intraindividual

A partir da informação obtida, tanto pela caracterização anamnésica como pela avaliação realizada durante a intervenção psicomotora, foi criado o perfil intraindividual do LD, apresentado na tabela 8. Este perfil destaca as suas áreas de maior competência, assim como as áreas que requerem desenvolvimento, organizadas por diferentes domínios de desenvolvimento: psicomotor, socioemocional e cognitivo.

Tabela 8 - Perfil Intraindividual do LD

	Domínio Psicomotor	Domínio Cognitivo	Domínio Socioemocional
Áreas Fortes	Estruturação rítmica	Criatividade	Motivação e interesse
		Comunicação verbal	Colaborativo em sessão Gestão da frustração
Áreas a desenvolver	Coordenação motora	Percepção temporal episódica	Autorregulação (controlo de impulsos)
	Organização espacial		Autoestima
	Consciência e regulação tónica	Flexibilidade cognitiva	Reciprocidade com os pares Comunicação não verbal

5.5 Fatores de Risco e Proteção

Com base na caracterização e nos motivos de encaminhamento do LD, foi possível indicar vários fatores de risco ou proteção que irão influenciar, negativa ou positivamente, o projeto terapêutico e, conseqüentemente, o desenvolvimento do jovem. Com este conhecimento, é importante que o psicomotricista trabalhe com o jovem e com a família, para diminuir os fatores de risco e reforçar os de proteção, promovendo uma melhoria nas dificuldades do LD.

Assim, no que diz respeito aos fatores de risco identifica-se a existência de uma parentalidade autoritária por parte da mãe e da madrasta, os maus-tratos por parte do pai quando era mais novo, o falecimento do pai, o isolamento social provocado pelo confinamento do COVID-19, o nascimento prematuro e a presença de doenças orgânicas crônicas.

Por outro lado, ao nível dos fatores de proteção identifica-se o prazer em ouvir e fazer novas músicas e o fortalecimento da crença religiosa. Embora existindo em menor número que os fatores de risco, estes fatores de proteção foram bastante importantes para promoverem o seguimento regular do LD na equipa multidisciplinar do SPSMIA.

5.6 Hipóteses Explicativas

Agrupando todas as informações antes descritas, procedeu-se à elaboração de hipóteses que pudessem explicar as características sintomáticas do LD. Contudo, é importante ressaltar que não é possível encontrar apenas um motivo que explique os sintomas apresentados, pois, como sabemos, o desenvolvimento humano é constantemente influenciado por inúmeros fatores biológicos e ambientais (Clark et al., 2020; Uher & Zwicker, 2017). Desta forma, consideraram-se como hipóteses explicativas: os maus-tratos infantis por parte do pai, o isolamento social na altura no COVID-19 e a parentalidade autoritária da mãe e da madrasta.

5.6.1 [Maus-tratos Infantis](#)

O desenvolvimento humano é influenciado não só pela parte genética e biológica, como também pelas experiências que o indivíduo vai tendo ao longo da vida (Uher & Zwickler, 2017). Assim, é de esperar que, se existirem traumas durante a infância essas poderão influenciar a forma como o jovem, mais tarde adulto, se desenvolve (Klumparendt et al., 2019).

Desta forma, vários estudos mostram que os traumas infantis – abuso sexual, abuso e negligência física e abuso e negligência emocional – estão intrinsecamente associados às Perturbações do Humor (Jaworska-Andryszewska & Rybakowski, 2019; Ventimiglia et al., 2020; Zavaschi et al., 2006). Sabe-se, ainda, que estes traumas podem ter impacto na expressão clínica das Perturbações do Humor, podendo levar a um início precoce do aparecimento dos sintomas, ao aparecimento de episódios mais frequentes, a um aumento da gravidade dos sintomas, à ocorrência de episódios psicóticos ou maníacos e a problemas com substâncias psicoativas (Jaworska-Andryszewska & Rybakowski, 2019; Ventimiglia et al., 2020).

Embora a maioria dos estudos mostre que esta correlação é maior em indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino, todos indicam que indivíduos com Perturbações do Humor sofreram mais traumas infantis por parte dos pais do que aqueles sem tal diagnóstico (Zavaschi et al., 2006). Para além disso, aponta, também, que o trauma pode influenciar a gravidade da sintomatologia, visto que quanto mais grave for a exposição ao trauma infantil, mais graves serão os sintomas existentes; bem como a resposta ao tratamento, sendo necessário criar estratégias específicas para estes indivíduos (Jaworska-Andryszewska & Rybakowski, 2019; Ventimiglia et al., 2020).

5.6.2 [Isolamento social](#)

A SM das crianças e adolescentes é constantemente afetada pelo ambiente onde elas estão inseridas (Clarke et al., 2020). Desta forma, e uma vez que os adolescentes carecem de capacidades psicológicas de resiliência e coping, vários estudos mostram que o confinamento prolongado devido ao COVID-19 provocou efeitos adversos nestes indivíduos, tanto ao nível da saúde física como da SM (Brooks et al., 2020; Gavin et al., 2020; YE, 2020; OMS, 2019).

Fatores como os sentimentos de isolamento e de incerteza, a falta de rotinas diárias, a falta de acesso aos serviços de saúde e a ausência de desenvolvimento emocional causada pelo confinamento, provocam desafios para vários jovens, e ainda maiores adversidades para os que já tinham problemas de SM antes deste acontecimento à escala mundial (Lee, 2020; Jones et al., 2020).

Vários estudos mostraram que crianças e adolescentes que viveram o confinamento têm mais probabilidade de manifestar dificuldades psicológicas moderadas ou graves, como sintomas de depressão e stress (Sprang & Silman, 2013; Tee et al., 2020). Um estudo realizado no Canadá salientou, também, que com o confinamento houve um aumento da frequência de consumo de substâncias, como o álcool e a cannabis, entre adolescentes (Dumas et al., 2020).

5.6.3 Parentalidade Autoritária

O primeiro contexto onde a criança se desenvolve e aprende é o contexto familiar, sendo os cuidadores o modelo inicial da mesma (Lourenço et al., 2020). Assim, os cuidados prestados pela família irão influenciar o desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança e do jovem, podendo ser fatores de risco ou, pelo contrário, de proteção (Lourenço et al., 2020).

Desta forma, foram identificadas algumas práticas parentais – estratégias específicas que os pais utilizam para educar a criança – que em conjunto caracterizam os estilos parentais (Gomide, 2006 citado em Schapuis & Tonis, 2022). As práticas parentais podem ser positivas, quando correspondem à monitoria positiva, i.e., ao interesse dos pais pela vida da criança, à demonstração de afeto, à criação de um ambiente seguro que contribui para um desenvolvimento positivo e uma boa comunicação. E, também, negativas, quando são marcadas pela negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, abuso físico e monitoria negativa (Schapuis & Tonis, 2022). A monitoria negativa pode ser descrita pela falta de interesse, de afetividade, de apoio e de responsabilidade dos pais e/ou pela existência de um ambiente familiar stressante e hostil. Na maioria dos casos, as práticas parentais negativas provocam o desenvolvimento de sentimentos de insegurança, hostilidade, rejeição e angústia, atitudes agressivas, delinquentes e antissociais, dependência emocional dos pais e baixa autoestima (Gomide, 2006 citado em Schapuis & Tonis, 2022; Schapuis & Tonis, 2022).

A Parentalidade Autoritária é um dos estilos parentais existentes, identificando pais caracterizados pela procura do respeito através da imposição e autoridade, pelo comportamento rígido com regras bem estabelecidas, pela expectativa de uma obediência total, pelo controlo e avaliação constante, pela existência de uma relação unilateral sem promoção da comunicação aberta e da autonomia, pela ameaça através da punição e pela carência de afetos e elogios (Justo & Lipp, 2010). Este comportamento parental molda o desenvolvimento da criança e do jovem, dado que a família é quem transmite o primeiro e principal repertório comportamental (Toni & Silves, 2013). Assim, os filhos de pais autoritários irão sentir-se controlados,

menosprezados e criticados, o que provocará sentimentos como o medo, ansiedade e raiva, retraimento social e comportamentos inadequados, como a mentira (Aunola et al., 2000; Justo & Lipp, 2010). Para além disso, estas crianças e jovens poderão manifestar baixos níveis de autoestima e autoconceito, desajustamento social e emocional, níveis de ansiedade e depressão altos e elevados níveis de stress (Aunola et al., 2000).

5.7 Projeto Terapêutico

A estruturação do projeto terapêutico foi definida segundo o perfil intraindividual do LD, integrando os objetivos e as estratégias terapêuticas.

O LD começou o acompanhamento terapêutico com a estagiária a 28 de novembro de 2023 e terminou a 25 de junho de 2024, participando em 21 das 25 sessões semanais previstas.

O planeamento das sessões foi realizado pela estagiária e discutido, posteriormente, com a orientadora local. Ao longo do acompanhamento, o planeamento era ajustado conforme os acontecimentos nas sessões. Após cada sessão, a estagiária realizava um registo da mesma e debatia, também, a sessão com a orientadora local. No Anexo K podem ser consultados um exemplo de um plano de sessão e de um registo.

5.7.1 Objetivos terapêuticos

Neste subcapítulo serão apresentados os objetivos terapêuticos delineados com base nas áreas a desenvolver a partir do seu perfil intraindividual.

Nas tabelas 9, 10 e 11 estão os objetivos definidos para o LD, divididos por domínios, apresentando o objetivo geral de cada área a desenvolver e os objetivos específicos correspondentes. Adicionalmente, as tabelas apresentam a forma de monitorização que será utilizado para controlar e verificar o cumprimento de cada objetivo na avaliação final.

Tabela 9 - Objetivos estabelecidos para o domínio psicomotor do LD

Domínio Psicomotor		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver a consciência e regulação tónica	Promover a identificação e o reconhecimento dos estados tónicos	Observação, Reflexões finais
	Estimular a tomada de consciência da alteração dos estados tónicos	Observação, Reflexões finais
	Fomentar a associação entre a regulação tónica e os estados emocionais	Observação, Reflexões finais
Desenvolver a coordenação motora	Promover a capacidade de dissociar os movimentos	BPM

	Estimular a capacidade de planeamento e execução do ato motor	BPM
Desenvolver a organização espacial	Melhorar as competências propriocetivas do corpo no espaço	BPM e DAP

Tabela 10 - Objetivos estabelecidos para o domínio socioemocional do LD

Domínio Socioemocional		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver a comunicação não verbal	Melhorar a expressividade facial, gestual e postural das emoções	Observação
	Promover a capacidade de interpretar as emoções dos outros, através das pistas não verbais	BASC, Observação
Desenvolver a autoestima	Estimular os sentimentos de competência e segurança em si mesmo	BASC
	Fomentar as vivências corporais positivas, criando sentimentos de valorização no desempenho	BASC, Reflexões finais
Desenvolver mecanismos de autorregulação e gestão da frustração	Promover a capacidade de se manter numa tarefa, mesmo quando esta apresenta dificuldades	Observação
	Estimular a diminuição de comportamentos impulsivos	BASC

Tabela 11 - Objetivos estabelecidos para o domínio cognitivo do LD

Domínio Cognitivo		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver a perceção temporal episódica	Promover a chamada de eventos temporais	Observação, Relato verbal
	Estimular a sequencialização de acontecimentos da sessão e da vida diária	Observação, Relato verbal
Desenvolver a flexibilidade cognitiva	Fomentar a capacidade de dar diferentes soluções para um mesmo problema	Observação, Relato verbal

5.7.2 Estratégias de intervenção

As estratégias definidas no projeto terapêutico devem ser – de uma forma dinâmica – construídas ao longo da intervenção terapêutica e adaptadas ao utente que está a ser acompanhado (Aragón, 2012).

Desta forma, foram estabelecidas algumas estratégias específicas para este caso, nomeadamente: a validação e valorização dos comportamentos do LD, para que se sentisse reconhecido e apoiado; a utilização de feedback interrogativo e reflexivo, para que conseguisse refletir sobre o que foi vivido em sessão de forma autónoma; a utilização de situações distanciadas para abordar situações sensíveis ao LD, facilitando

o transfer das situações que ocorriam na sessão para as que aconteciam no dia a dia; a utilização de mediadores não verbais, especialmente a música e o desenho, para promover a capacidade expressiva e refletiva do LD; a interrogação, no início da sessão, sobre os acontecimentos da semana e o que foi feito na última sessão, para estimular a memória temporal e a capacidade de sequencialização dos acontecimentos; e a utilização de feedback construtivo mais orientado para o processo do que para o resultado, i.e., foco na apreciação da capacidade do jovem para realizar a tarefa, mais do que no resultado positivo ou negativo da mesma.

Ademais, foram criados dois rituais: um inicial – a realização de cinco respirações profundas e depois dizer a primeira coisa que ele sentisse –, para ajudar o LD a preparar-se e organizar-se para o momento da sessão, focando-se no presente, e para promover o conhecimento e a expressão das emoções; e um ritual final – a realização de um som que simbolizasse o que foi feito e sentido na sessão –, para promover a memória de curto prazo e a comunicação não verbal.

Para além destas estratégias específicas, foram utilizadas algumas estratégias genericamente relevantes para a intervenção, como a utilização dos interesses individuais do jovem, de forma a motivá-lo para a realização das atividades, e manter a estrutura das sessões ao longo do acompanhamento terapêutico, que transmitirá a ideia de continuidade e proporcione previsibilidade e segurança ao LD.

5.8 Evolução Terapêutica

Desde o início da intervenção, o LD sempre se mostrou disponível para partilhar os acontecimentos da semana. Contudo, na fase inicial, contraditoriamente, ele escolhia apenas partilhar as situações positivas. Ao longo da intervenção, à medida que o jovem se ia sentindo mais seguro e confortável no espaço da sessão, deixando de se preocupar tanto em agradar à estagiária, começou a partilhar algumas situações mais difíceis e pedia ajuda para as resolver, um sinal de alguma libertação das restrições mentais.

Depois desse momento inicial de partilha, por vezes, era difícil para o LD focar a sua atenção nas atividades que iriam ser realizadas, por estar excessivamente focado no momento anterior da sessão. Desta forma, foi criado um ritual inicial, para que ele se pudesse concentrar no momento presente e preparar o corpo para o que iria ser feito de seguida. Esta estratégia foi bem internalizada pelo LD, facilitando a realização das atividades planeadas e a tomada de consciência do que era feito.

Nas primeiras sessões de intervenção, o LD mostrou dificuldades ao nível da autoconsciência e do autocontrolo, especialmente nos momentos de crise, e, também, sentiu gosto pelos momentos de relaxação proporcionados. Assim, surgiu a ideia de

utilizar alguns métodos e técnicas de relaxação para trabalhar estas dificuldades para que, no final, o jovem tivesse mais facilidade em autorregular-se.

Uma vez que o LD apresenta dificuldade em pensar no abstrato, começou-se por aplicar métodos e técnicas mais focados no concreto e mediadas pela estagiária – como a realização de pressão com objetos ou palpações nos segmentos corporais – para depois se conseguirem realizar atividades em que o LD autonomamente conseguia proporcionar as mesmas sensações antes provocadas pela estagiária, nomeadamente a contração e descontração muscular. Finalmente, foram planeadas atividades com maior foco no abstrato, utilizando algumas técnicas de visualização.

No início da realização dos momentos de relaxação, o LD fazia muitos movimentos com a cabeça, apresentava uma respiração forçada, fazia barulhos com a boca, mantinha os olhos abertos ou semicerrados e estava com as mãos em tensão. Ao longo das sessões estes sinais indicadores de insegurança e desconforto foram diminuindo e, no final da intervenção, o jovem já conseguia manter os olhos fechados durante todo o momento de relaxação, apresentando menos tensão nos dedos das mãos.

Além disto, os momentos após a relaxação também mostraram alguma evolução, dado que no início da intervenção o LD não se movimentava ou não se levantava quando lhe era pedido, ficando deitado e imóvel, e a sua reflexão era baseada no que ele achava que a estagiária esperava dele. Nas últimas sessões, o LD já realizava os movimentos finais sugeridos e levanta-se no tempo pedido, conseguindo, depois, refletir mais profundamente sobre o que tinha vivenciado.

Para além dos momentos de relaxação, eram realizadas outras atividades criadas pelo LD ou pela estagiária. Em algumas destas atividades foi promovido o conhecimento e a expressão das emoções. Enquanto que, no início, era facilmente perceptível a dificuldade do LD em expressar as suas emoções – pois nas atividades de mímica de emoções as pistas dadas pelo jovem não estavam diretamente relacionadas com a emoção e ele utilizava muitos objetos para se expressar – no final o jovem já conseguia utilizar pistas congruentes com a emoção e usar apenas o seu corpo para expressar o que estava a sentir.

No final das sessões, foi também possível refletir sobre a tomada de consciência que o LD ganhou sobre si e sobre o que o rodeia, uma vez que, através das suas partilhas, era possível perceber que ele tinha consciência de como reagia nos momentos de crise, que apreendia como a família se sentia em relação a alguns dos seus atos e refletia sobre o facto de algumas situações familiares não serem positivas para a sua melhoria.

É, também, importante referir que, apesar destas pequenas evoluções nas sessões de PM, no final da intervenção surgiram alguns conflitos familiares. Por isso, surgiu a necessidade de trabalhar estratégias específicas com o LD e a família para diminuir a ocorrência de situações de crise. Foi criado um plano para estes momentos de desregulação, com os passos que o jovem e a família teriam de cumprir. Embora não tenha sido possível verificar todos os resultados, por ter terminado o tempo de estágio, nas últimas sessões foi possível confirmar, com o LD e com a mãe, que as estratégias estavam a ser aplicadas por ambas as partes e que algumas situações tinham melhorado.

5.9 Avaliação Final e Considerações Finais

Em conformidade com a avaliação inicial, na avaliação final foram aplicados os mesmos instrumentos de avaliação, para que fosse possível fazer uma comparação dos resultados e evidenciar a evolução do LD. Assim, a avaliação final ocorreu durante o mês de junho e os resultados da mesma irão ser seguidamente apresentados, cujos anexos podem ser consultados no Anexo L.

É importante referir que a BPM (Fonseca, 2021) não foi aplicada na avaliação final, uma vez que surgiram questões prioritárias, e não previstas, para serem trabalhadas com o LD e a família e, desta forma, não foi possível realizar a avaliação.

5.9.1 DAP

O DAP (Naglieri, 1988) foi aplicado em junho de 2024, pela estagiária. As condições para a realização deste teste foram semelhantes às da avaliação inicial. O LD sentou-se numa cadeira e realizou o desenho na mesa da Sala da Psicomotricidade, tendo à sua disposição lápis de carvão, lápis de cor, lápis de cera, canetas de cor e borracha.

Mais uma vez, apenas foi pedido o desenho do corpo do próprio para que fosse possível comparar os resultados das duas avaliações. O LD demorou três minutos, estando dentro do tempo permitido pelo teste. Para a interpretação dos dados recolhidos, considerou-se a idade cronológica do LD que, no momento de avaliação era 16 anos e zero meses. Os resultados obtidos do desenho e as pontuações finais estão apresentados na tabela 12.

Tabela 12 - Pontuação do LD no DAP, na avaliação final

Avaliação	Desenho	Valor Bruto	Valor Standard	Percentil	Classificação	Idade Equivalente
Final	Próprio	15	48	1	Deficiente	5 anos e 0 meses
Inicial	Próprio	34	81	10	Abaixo da média	7 anos e 1 mês

É de realçar que o LD se mostrou disponível para a realização do teste. Ademais, é de notar que o LD, neste desenho, apenas fez a sua cabeça. Quando terminou o desenho, foi-lhe perguntado se ele era apenas uma cabeça e se queria desenhar mais alguma coisa, ao que respondeu que sabia que ele era mais do que uma cabeça, mas que era apenas isso que queria desenhar.

Uma explicação possível para o desenho do LD pode ser o facto de ele querer assumir a sua posição de não querer desenhar mais nada para além da cabeça. Uma vez que o LD apresentava algumas dificuldade em expressar os seus desejos e vontades sem pensar no que o outro poderá esperar dele, este comportamento pode ser visto como algo positivo, dado o que estava a acontecer no seu contexto familiar e o que estava a ser trabalhado nas sessões. Desta forma, ele mostrou uma maior facilidade em mostrar a sua posição, mesmo essa sendo uma posição de recusa ao que lhe era pedido.

O estado emocional e a disposição da criança no momento da avaliação podem influenciar significativamente o seu desempenho, sendo importante e criança estar tranquila para que possa demonstrar todo seu potencial (Souza et al., 2021). Embora o LD não parecesse ansioso ou cansado na sessão, esta pode ser uma das explicações para a sua vontade de apenas desenhar parte do seu corpo.

Depois de alguns momentos de relaxação, o LD refletia sobre o que tinha sentido e afirmava que sentia a sua cabeça a levitar, “*como se não estivesse agarrada ao corpo*” (sic). Além disso, sentia como se estivesse no vazio, porque quando fechava os olhos não via nada. Assim, o desenho pode indiciar que o jovem tem mais consciência sobre esta parte do corpo e foi por essa razão que apenas desenhou essa parte do corpo (Fonseca, 2021).

Embora menos provável, uma das explicações para estes resultados pode ser a visão do LD de que a mente e o corpo não são apenas um e, por isso, quando lhe é pedido que desenhe o seu corpo ele apenas desenha a cabeça, pois é a parte de si que se encontra mais ativa no momento. Como já foi descrito anteriormente, a PM trabalha valorizando e estimulando as interações entre a mente e o corpo (Fonseca, 2010), porém, por vezes, esta relação pode estar afetada e é necessário intervir sobre a mesma (Leitan & Murray, 2014; McDowell, 2023).

5.9.2 BASC

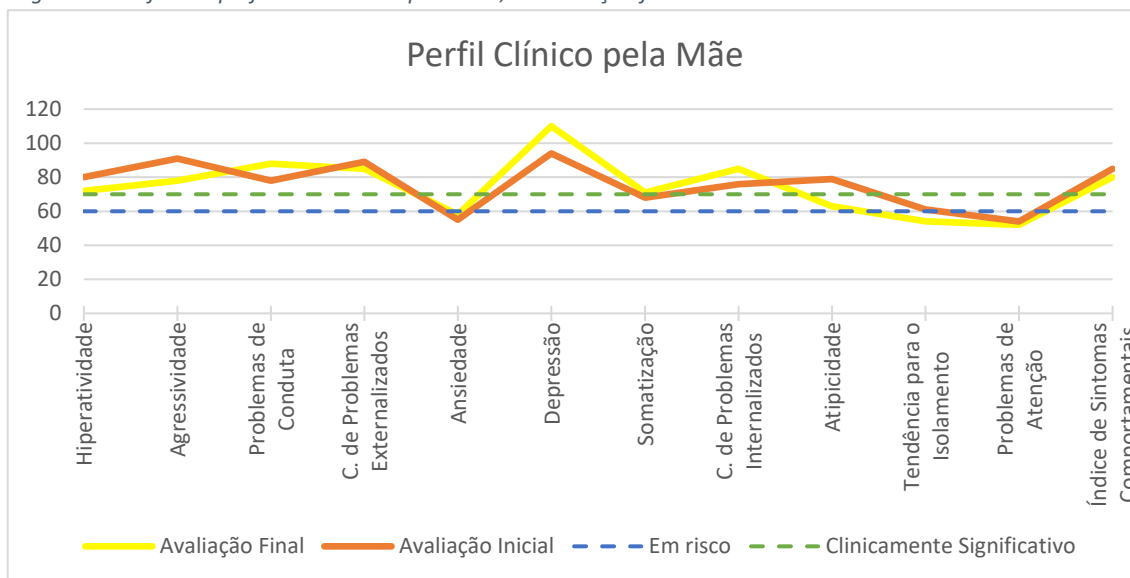
Tal como foi feito na avaliação inicial, foram aplicadas a escala respondida pelos pais e a escala de autorrelato da BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A escala respondida pela mãe foi preenchida em junho de 2024, mas, desta vez, de forma autónoma sem a presença da estagiária. Quando este documento foi entregue, procedeu-se ao preenchimento da folha de cotação e da tabela síntese e elaborou-se o perfil clínico e adaptativo da mesma. Foram contados dois itens omissos.

O perfil clínico obtido pelas respostas da mãe pode ser consultado no gráfico da figura 5. Comparativamente à avaliação inicial, observa-se que a maioria das escalas e componentes continuam com resultados clinicamente significativos. Contudo, a escala da Atipicidade (que inicialmente se encontrava com resultados clinicamente significativos) e a escala Tendência para o Isolamento (que inicialmente se encontrava em risco) progrediram para os níveis seguintes, encontrando-se, após a intervenção, em risco e no nível médio, respetivamente. A escala Somatização regrediu, apresentando valores clinicamente significativos na avaliação final. Já as escalas da Ansiedade e dos Problemas de Atenção continuam no nível médio do perfil clínico.

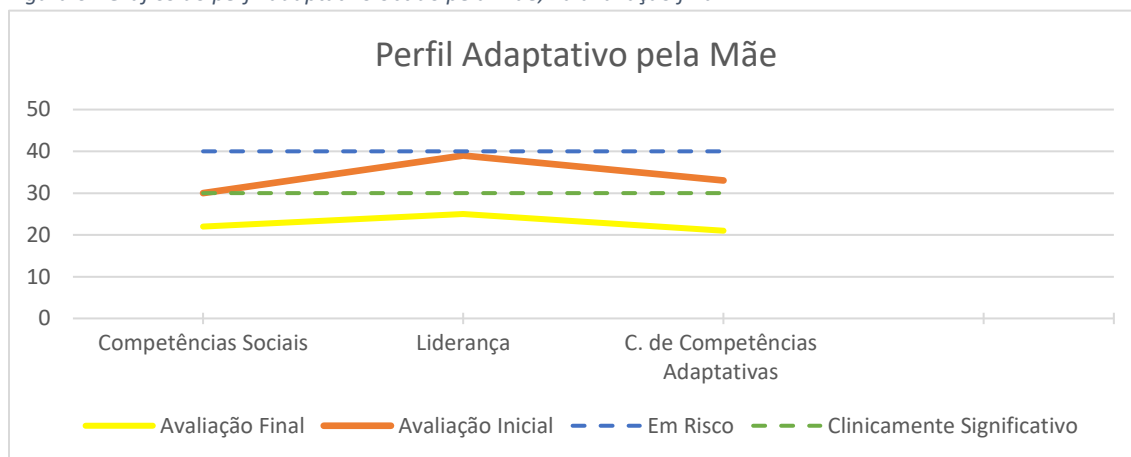
Na sua generalidade, os valores do perfil clínico pela mãe apresentaram melhores resultados na avaliação final do que na avaliação inicial, com exceção das escalas Problemas de Conduta, Ansiedade, Depressão e Somatização e da Componente dos Problemas Internalizados.

Figura 5 - Gráfico do perfil clínico obtido pela Mãe, na avaliação final



Relativamente ao perfil adaptativo pela mãe, apresentado no gráfico da figura 6, todas as escalas e componentes se encontram com valores clinicamente significativos, o que não acontecia na avaliação inicial.

Figura 6 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pela Mãe, na avaliação final



Além disto, o índice F aumentou para sete pontos, o que indica que a mãe continua com uma alta tendência para classificar de forma negativa os comportamentos do LD, que pode ser explicado pela parentalidade autoritária que esta apresenta, clarificando o aumento de alguns resultados. Relativamente aos itens critério, dos 17 existentes, foram selecionados 10 itens com pontuação acima de 0 (Nunca), tendo a mãe acrescentado o item “Tenta magoar-se a si próprio”, com cotação 1 (Algumas Vezes).

A escala de autorrelato foi, novamente, aplicada em formato de entrevista, no mês de junho de 2024 e foi, também, sugerido ao LD que fizesse o que o deixasse mais confortável para responder às questões. Depois de ser tudo respondido, foi feita a cotação da escala, preenchida a tabela síntese e estabelecido o perfil clínico e o adaptativo. Na segunda vez a responder ao teste, foram oito os itens omissos pelo LD.

Depois da aplicação deste instrumento de avaliação foi possível perceber que o LD ganhou percepção sobre a posição do outro e sobre o que o outro pode pensar ou sentir, algo que antes não acontecia. Foi também, possível constatar que o LD está mais consciente dos seus comportamentos e das consequências que estes podem ter, dado que já admite que raramente pensa antes de agir e que precisa de muita ajuda para tomar decisões, “*porque quero fazer a coisa certa*” (sic), algo que antes não assumia.

Relativamente à família, admitiu que acredita que esta o ajuda quando ele precisa, mas que sente que esta, ultimamente, não tem orgulho nele, algo que é diferente do que acontecia há uns meses. Continua a gostar da escola e de aprender, embora considere a sua vida social “*uma das piores*” (sic) e achar que tem alguns problemas com os colegas.

Admite, também, que a sua aparência é algo que o preocupa – sendo que na fase inicial do projeto terapêutico o LD era descuidado consigo próprio – e que se sente

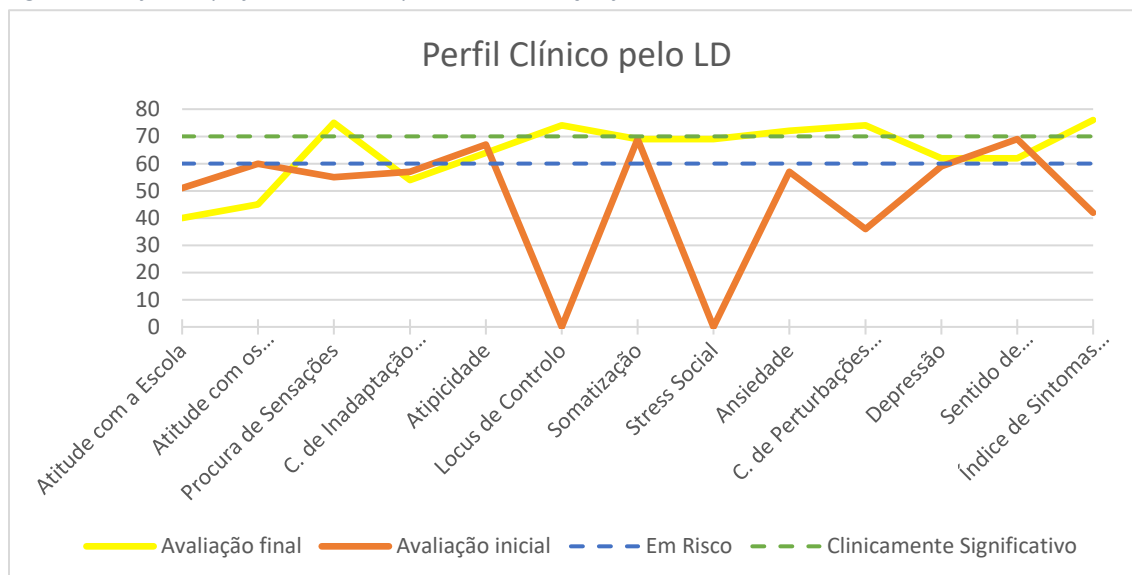
triste com a mesma. Considera, ainda, que é bom a fazer várias coisas, mas que os seus maiores defeitos são irritar-se facilmente e não ter paciência.

No gráfico da figura 7 encontra-se representado o perfil clínico pelo LD que, comparativamente à avaliação inicial, mostra que houve uma grande alteração nos resultados. Enquanto que na avaliação inicial nenhuma escala ou componente se encontrava com valores clinicamente significativos, depois da intervenção, as escalas e componentes Procura de Sensações, Locus de Controlo, Ansiedade, Componente de Perturbações Clínicas e Índice de Sintomas Emocionais apresentam valores neste nível. Relativamente às escalas Stress Social e Depressão, estas passaram a estar no nível de risco e a escala Atitude com os Professores, progrediu para o nível médio do perfil clínico. As restantes escalas continuaram no nível médio deste perfil.

Na sua generalidade, os resultados mantiveram-se da avaliação inicial para a final. Os valores da Componente de Inadaptação Escolar foram os que mostraram uma melhor progressão, com exceção da escala de Procura de Sensações. Já a Componente de Perturbações Clínicas apresentou resultados com uma maior regressão, exceto a escala da Atipicidade, que progrediu pouco, e a escala da Somatização, que manteve os valores.

É de destacar que os resultados das escalas Locus de Controlo e Stress Social aparecem como zero na figura 7, dado que na avaliação inicial estas não foram considerados por terem mais de dois casos omissos.

Figura 7 - Gráfico do perfil clínico obtido pelo LD, na avaliação final

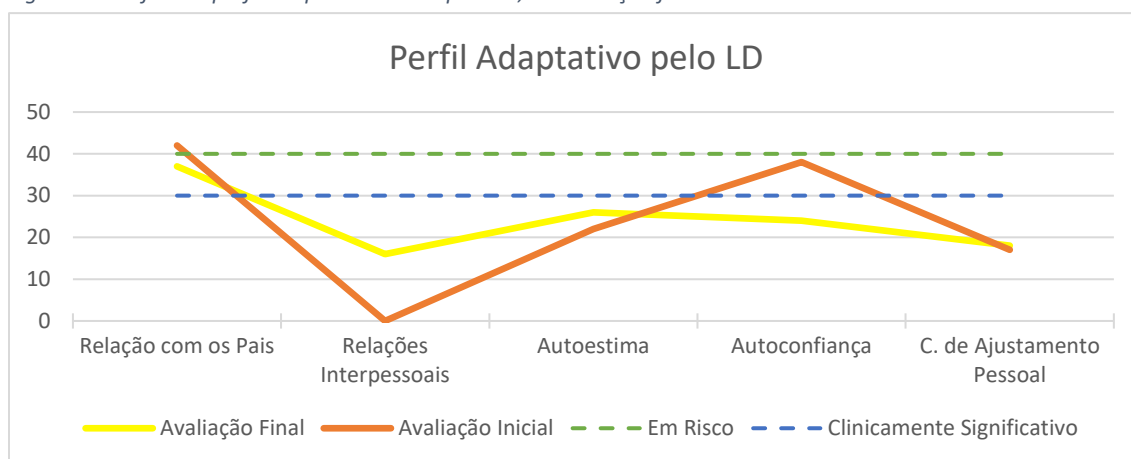


Relativamente ao perfil adaptativo, representado no gráfico da figura 8, a escala Relação com os Pais regrediu para o nível médio e a escala Autoconfiança progrediu para o nível de risco. Todavia, mesmo continuando no nível clinicamente significativo, a

escala Ansiedade e a Componente de Ajustamento Pessoal tiveram melhores resultados.

É de destacar que o resultado da escala Relações Interpessoais aparece como zero na figura 8, dado que na avaliação inicial este não foi considerado por ter mais de dois casos omissos.

Figura 8 - Gráfico do perfil adaptativo obtido pelo LD, na avaliação final



Em relação aos itens critérios foram, novamente, assinalados oito como verdadeiros, havendo algumas alterações como a seleção das afirmações “Nada corre como eu queria” e “Não consigo parar de fazer coisas más” como verdadeiras – que anteriormente tinham sido consideradas como falsa e omissa, respetivamente – e a seleção das afirmações “Ninguém me compreende” e “Oíço vozes na minha cabeça” como falsas – que anteriormente eram verdadeiras.

Sobre o índice F, nesta avaliação obteve o valor de quatro pontos que, mesmo sendo menor do que na avaliação inicial, continua a indicar que o LD tem uma tendência para classificar negativamente os seus comportamentos. Essa tendência pode ter impactado de forma negativa alguns dos resultados mencionados como mais relevantes, tanto no contexto clínico quanto no adaptativo (Reynolds e Kamphaus, 1992). O índice V obteve, igualmente, seis pontos, indiciando que algumas das respostas dadas pelo LD podem não ser válidas. Já o índice L apresentou o valor de um ponto, o que continua a indiciar que as respostas não foram dadas de forma consonante com o desejo social.

Como é possível observar a partir das respostas da mãe do LD, houve uma diminuição da agressividade que pode ser explicada pela utilização de técnicas de relaxação nas sessões de PM, uma vez que estas provocam alterações fisiológicas que diminuem o stress e, consecutivamente, respostas positivas a este (Fonseca, 2007; Marques, 2016) e ensinam estratégias positivas para lidar com as situações que irão provocar comportamentos agressivos (Fauché, 1993).

O ambiente familiar tem uma influência significativa no comportamento e no desenvolvimento emocional dos jovens (Toni & Silveiras, 2013) e a vivência constante com conflitos familiares pode aumentar os níveis de depressão e ansiedade (Aunola et al., 2000), o que pode, também, explicar o aumento dos resultados em ambas as escalas, dado que no último mês de intervenção houve um aumento destes conflitos familiares.

Ademais, o aumento dos valores em algumas escalas pode ser explicado pelo aumento da autoconsciência, proporcionado na intervenção psicomotora pelos métodos de relaxação aplicados (Bruston, 1981; Bruston, 1983; Jacobson, 1925; Tubbs, 1996; Vittoz, 2008). Desta forma, é possível que o LD tenha tomado mais consciência de si e dos seus comportamentos (Fonseca, 2021), e, ao mesmo tempo, consciência dos outros (D'Avila, 1998).

Face aos resultados obtidos, acredita-se que é positivo para o LD continuar com as sessões de PM no SPSMIA, seja em contexto individual ou de grupo, dado que alguns dos objetivos se consideram alcançados, nomeadamente: a identificação dos estados tónicos e a associação de alguns destes aos estados emocionais, a capacidade de rechamar eventos temporais e o reconhecimento e expressão emocional. Ao longo de toda a intervenção as atividades eram focadas nos gostos e interesses do jovem, de forma a que ele se sentisse motivado e que pertencia ao espaço da sessão, por isso pode, também, dizer-se que foram fomentadas vivências positivas no LD.

Ademais, é crucial continuar o trabalho multidisciplinar com a família, de maneira a que seja possível diminuir as situações de risco e amenizar algumas características parentais que prejudicam o desenvolvimento do jovem.

Em conclusão, as reflexões apresentadas apontam para um acompanhamento global e completo, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida do LD ao longo do seu percurso terapêutico.

6. Estudo de Caso II

6.1 Caracterização do caso

O DS é um adulto de 24 anos, luso cabo-verdiano que vive com o pai na Amadora. Os seus principais interesses são o desporto, especialmente o futebol, ver televisão e passear com os amigos.

O DS nasceu em Portugal e apenas teve o processo de nacionalidade legalizado aos 16 anos. Atualmente está desempregado, mas jogou futebol até maio de 2021 nos Açores. Admite ter vontade de voltar a jogar futebol e gostaria de trabalhar numa pizaria. Fez a escola completa até ao 9º ano, deixando o 10º incompleto, e reprovou no 5º ano.

Ao nível da história clínica do DS, sabe-se que, em 2019, teve sífilis com uma massa cervical que, atualmente, se encontra curada. Em junho de 2021, o DS foi internado involuntariamente no Hospital de Setúbal, pela manifestação de um surto psicótico. Atualmente, o diagnóstico do DS é de Esquizofrenia, sem outra especificação (OMS, 1994).

O DS admite não ter consumo de álcool e de drogas, porém diz que fuma cerca de 10 cigarros por dia. Costuma deitar-se tarde, pois fica à espera de que o pai chegue a casa, muitas vezes a altas horas da noite, acabando por acordar apenas a meio do dia. Apesar disto, o sono do DS é estável, o que também acontece com o apetite. Durante o tempo de espera fica a falar com amigos nas redes sociais. Afirma que tem facilidade para fazer amigos, mas admite que, muitas vezes, manda mensagens para pessoas desconhecidas.

O DS apresenta uma lentificação psicomotora, pouco autocuidado, um discurso vago e concreto e um perfil de tonicidade aumentada. Apesar das características da perturbação que apresenta, não manifesta afetos totalmente embotados. O DS caracteriza-se como sincero, humilde e corajoso e como defeitos assume que é impaciente.

Os pais do DS estão separados e ele vive com o pai na Amadora. O pai trabalha nas obras e tem consumos ativos de substâncias. A mãe vive em Sines com as duas irmãs do DS, uma com 30 anos e outra com seis. Atualmente, a mãe trabalha em limpezas de casas, mas o DS diz que está sempre a mudar de emprego.

A casa onde o DS vive com o pai está em estado de deterioração, tendo várias paredes caídas, divisões obstruídas por destroços e sem iluminação. A casa de banho não tem condições para o DS realizar a sua higiene, mas tem água potável, e ele dorme na mesma divisão que o pai, num colchão no chão. A tia paterna do DS vive perto dele e já o convidou para ir viver com ela. Ele admite que não quer mudar-se por aquela ser a casa da sua infância e por ter de ficar a ajudar o pai, por isso, só lá vai tomar banho e, por vezes, comer. A comida que tem em casa é proveniente de doações sociais.

Relativamente a antecedentes familiares, para além da Perturbação de Consumos de Substâncias do pai, o DS tem um primo afastado com PEE e uma tia materna com Depressão.

6.2 Motivos de Encaminhamento

O DS começou a ser acompanhado no SPSMA do HFF em setembro de 2023, tendo a sua primeira consulta de Psiquiatria no mês seguinte.

Em 2021, o DS começou a ter alterações comportamentais com agravamento progressivo, uma diminuição significativa do autocuidado, apresentando expressões

faciais estranhas – “*ficava parado com olhos esquisitos*” (sic) – com monólogos e risos imotivados, tinha medo que lhe tocassem no corpo e protagonizou episódios de agressividade com familiares. Posteriormente, deixou de reconhecer a mãe, com quem passava algum do seu tempo livre, e apresentava condições de insalubridade no domicílio. Perante estas razões, foi emitido um mandato de condução e o DS foi internado no Hospital de Setúbal.

Após a primeira consulta de Psiquiatria, houve continuidade das mesmas de forma trimestral e, também, acompanhamento mensal por Enfermagem.

As consultas de PM tiveram início a 23 de novembro de 2023 e, até fevereiro de 2024, foram realizadas algumas sessões individuais para avaliação, onde a estagiária não esteve presente. A 26 de fevereiro de 2024 entrou para o grupo terapêutico Come&Go e começou as sessões com a estagiária. A entrada neste grupo justificou-se pela manifestação dos sintomas negativos e por comportamentos de isolamento social.

6.3 Avaliação inicial

A avaliação inicial do DS teve início em novembro de 2023 e terminou em fevereiro de 2024. Os instrumentos de avaliação aplicados foram a EMOB (Guimarães et al., 2016) e a GOC (Duarte et al., 2015).

Foi também realizada uma avaliação cognitiva pela psicóloga da equipa comunitária de Psiquiatria da Amadora. Esta informação será descrita, pois permite à estagiária ter um conhecimento mais abrangente sobre o caso, o que irá auxiliar no desenvolvimento do projeto terapêutico.

Os resultados de cada instrumento serão apresentados de seguida e os respetivos documentos podem ser consultados no Anexo M.

6.3.1 [EMOB \(Guimarães et al., 2016\)](#)

A EMOB (Guimarães et al., 2016) foi aplicada em novembro de 2023, pela orientadora local, na sua sala.

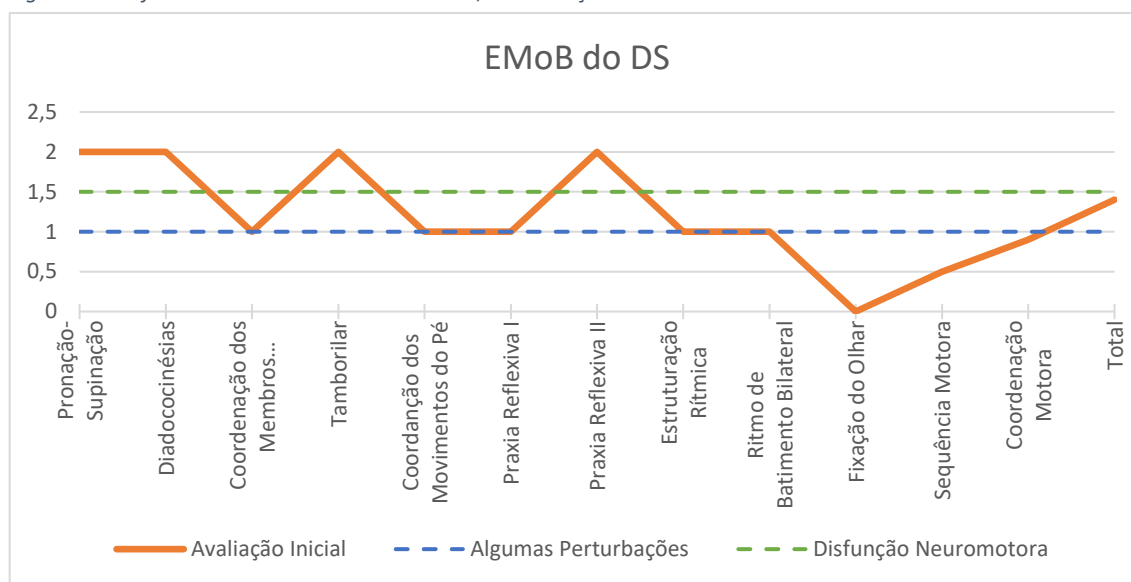
Pela observação do gráfico da figura 9, é possível perceber que os itens Pronação-Supinação, Diadococinésias, Tamborilar e Praxia Reflexiva II se encontram no nível de disfunção neuromotora; que os itens Coordenação dos Membros Superiores, Coordenação dos Movimentos do Pé, Praxia Reflexiva I, Estruturação Rítmica e Ritmo de Batimento Bilateral apresentam algumas perturbações no movimento; o item Fixação do Olhar é o único que não mostra perturbações.

Relativamente às subescalas, ambas se encontram sem perturbação, mas a subescala Coordenação Motora encontra-se no limite do nível seguinte. A pontuação

total, 1,4, mostra que o DS apresenta algumas perturbações no movimento, mas não evidencia uma grande presença dos SNMD.

Durante a aplicação do instrumento notaram-se algumas alterações na coordenação motora, especialmente em movimentos que exigem controlo motor e dissociação de movimentos; e dificuldade em completar o movimento pronação-supinação de forma harmoniosa e regulada.

Figura 9 - Gráfico dos resultados da EMOB do DS, na avaliação inicial



6.3.2 GOC (Duarte et al., 2015)

Uma vez que a GOC (Duarte et al., 2015) se baseia na observação do comportamento do utente no contexto de sessão e que não é necessária a presença do utente, a estagiária preencheu o questionário em casa e, posteriormente, discutiu-o com a orientadora local. Esta avaliação refere-se às primeiras duas sessões do DS no grupo Come&Go, que ocorreram nos dias 26 de fevereiro e 18 de março de 2024.

Relativamente ao que foi observado, pode-se dizer que a postura do DS era maioritariamente ansiosa e inibida, por ainda estar na fase de integração ao grupo. Contudo mostrou-se sempre cooperante e motivado em participar nas atividades. É de notar, também, que o utente apresenta alguma dificuldade em aderir à tarefa ou dar sugestões de forma espontânea, necessitando de um estímulo por parte da terapeuta. O DS apresenta capacidades atencionais, mas, nestas sessões, parecia algo disperso na sua integração no grupo, mostrando dificuldades em planear a execução das tarefas.

Ao nível da comunicação verbal, o DS apresenta alguma dificuldade em compreender instruções simples e muita dificuldade em compreender instruções complexas, sem apoio. Ademais, não apresenta fluidez nem clareza no discurso. Já ao nível da comunicação não verbal, o DS apresenta uma postura aberta, mas não

totalmente recetiva, por ser novo no grupo e aquele ainda não ser um espaço onde se sente confortável.

Relativamente à gestão da frustração, embora não tenham havido muitas situações onde teve de lidar com esta, o utente reage de forma adequada quando tem dificuldades nas atividades. O DS apresenta, também, bastantes dificuldades de memória, tanto na de trabalho como na de longo prazo, tendo dificuldade em descrever as atividades realizadas no final da sessão e, também, em recordar e explicar as atividades da sessão anterior.

Na relação com o terapeuta e com os pares, o DS não manifesta o embotamento social expectável da perturbação que tem, dirigindo o seu olhar ao outro e sorrindo de forma espontânea e adequada. O utente apresenta, ainda, uma lentificação nas respostas verbais e motoras, embora nas primeiras mais intensas.

6.3.3 Avaliação Cognitiva

A avaliação cognitiva foi realizada pela psicóloga da equipa, que aplicou o instrumento MATRICS Consensus Cognitive Battery (Nuechterlein et al., 2008) em novembro de 2023.

No relatório da psicóloga está descrito que o DS não apresenta crítica para as suas dificuldades cognitivas, revelando dificuldades na compreensão de algumas provas e muitas dificuldades nos itens do domínio Raciocínio e Resolução de Problemas. O perfil cognitivo do DS é algo heterogêneo com vários défices na Velocidade de Processamento, baixos resultados na maioria dos domínios, com especial relevância no domínio Memória Visual e Verbal.

6.4 Perfil intraindividual

Com base na informação obtida pelo processo clínico e pela avaliação, foi elaborado o perfil intraindividual do DS, apresentado na tabela 13. Este perfil evidencia as áreas de maior competência, bem como as que necessitam de desenvolvimento, organizadas nos diferentes domínios de desenvolvimento: psicomotor, socioemocional e cognitivo.

Tabela 13 - Perfil intraindividual do DS

	Domínio Psicomotor	Domínio Cognitivo	Domínio Socioemocional
Áreas Fortes	Equilíbrio	Atenção	Gestão da frustração Comunicação não verbal
Áreas a Desenvolver	Coordenação motora Regulação tónica	Memória de trabalho Memória de longo prazo	Relações interpessoais Comunicação verbal

	Planeamento e execução de tarefas	
Esquema corporal	Flexibilidade cognitiva	Autonomia

6.5 Fatores de Risco e Proteção

Tendo em conta a caracterização e os motivos de encaminhamento do DS, foi possível determinar os fatores de risco ou proteção que podem influenciar, de forma negativa ou positiva, o projeto terapêutico e, por consequência, o desenvolvimento do utente. É importante, assim, que o psicomotricista trabalhe com a finalidade de diminuir os fatores de risco e de reforçar os de proteção, promovendo uma melhoria nas dificuldades do DS.

Relativamente aos fatores de risco, é possível identificar a existência de Sífilis no passado, os antecedentes familiares, o consumo de substâncias do pai, as fracas condições habitacionais e a frágil rede de suporte do DS.

Em contrapartida, há dois fatores de proteção: a tia paterna, que por vezes lhe dá algum apoio, e o prazer em jogar futebol.

A relação que o DS tem com a mãe não foi caracterizada como de risco ou de proteção, uma vez que esta é variável e que em alguns momentos da vida do DS a mãe foi um dos maiores apoios dele, mas noutros provocou desregulações.

6.6 Hipóteses Explicativas

Reunindo todas as informações previamente mencionadas, avançou-se com a formulação de hipóteses que pudessem explicar as características sintomáticas do DS. No entanto, é crucial destacar que não é possível identificar um único motivo para explicar os sintomas apresentados, uma vez que o desenvolvimento humano é continuamente influenciado por diversos fatores biológicos e ambientais (Uher & Zwicker, 2017). Assim, considerou-se um conjunto de hipóteses explicativas: a sífilis, os antecedentes familiares, a rede de suporte, o consumo de substâncias pelo pai e as condições habitacionais.

6.6.1 Sífilis

A sífilis é uma doença que pode ser congénita ou adquirida através de contacto sexual desprotegido, transfusão de sangue ou uso de objetos contaminados, e que atinge, maioritariamente, países em desenvolvimento e jovens do sexo masculino (Rojas & Váron, 2021; Santos et al., 2017).

A sífilis progride em três fases e quando o líquido cefalorraquidiano é afetado passa a chamar-se neurosífilis (Gatchel et al., 2015; Santos et al., 2017). Normalmente, a neurosífilis apresenta sintomas neuropsiquiátricos relacionados com as perturbações

da personalidade, as psicoses, o delírio e a demência (Gatchel et al., 2015). Alguns destes sintomas são paranoia, sentimentos de grandeza, desregulação emocional, alucinações, dificuldades na memória e no julgamento, mania e sentimentos depressivos (Rojas & Váron, 2021; Santos et al., 2017).

6.6.2 Antecedentes familiares

Vários estudos comprovam a influência genética existente na PEE (APA, 2014; Filho & Samaia, 2000; Mari e Leitão, 2000). Estes estudos afirmam que existe uma forte contribuição genética na determinação do risco para a PEE, contribuição que pode representar 70% a 80% de suscetibilidade para o desenvolvimento da doença (APA, 2014; Filho & Samaia, 2000).

Sabe-se, também, que o risco de aparecimento desta perturbação em parentes de primeiro grau é 10 vezes superior relativamente aos parentes mais afastados, sendo que o risco entre tios e sobrinhos varia entre os 2% e os 4% (Filho & Samaia, 2000). A presença de PEE em familiares de primeiro grau pode, ainda, diminuir a idade de início da doença, tanto para homens como para mulheres (Mari e Leitão, 2000).

Contudo, a prevalência genética da PEE não é suficiente, dado que o risco também pode estar associado a outras perturbações psicóticas, à Perturbação Bipolar, às Perturbações Depressivas e à PEA (APA, 2014; Filho & Samaia, 2000).

6.6.3 Rede de suporte

Conceptualmente, a rede de suporte inclui as pessoas e os serviços que promovem saúde e bem-estar a uma pessoa (Pinho et al. 2017). O suporte social, incluído na rede de suporte, engloba todo o tipo de interações sociais, como as relações amorosas, familiares, de amizade, profissionais, culturais, políticas, entre outras, e permite que o indivíduo se desenvolva tanto a nível físico como a psicológico (Rausa, 2008 citado em Pinho et al., 2017).

Os fatores psicossociais influenciam a qualidade de vida dos indivíduos, sendo importantes para a adaptação às perturbações mentais, como a PEE, reduzindo o seu impacto (Ornelas, 1996; Pinho et al., 2017). Alguns estudos mostram que pessoas com PEE tendem a ter uma rede de suporte diminuída relativamente àquelas que não têm qualquer perturbação mental, muitas vezes, baseada no seu ambiente familiar (APP, 2014; Pinho et al. 2017). Ademais, o isolamento é considerado um dos primeiros sinais de alerta para a PEE (APP, 2014; Pinho et al. 2017).

6.6.4 Consumo de substâncias do pai e condições habitacionais

Podem ser identificados vários fatores ambientais associados ao desenvolvimento da PEE (Queirós et al., 2019). Contudo, mesmo que exista uma predisposição para a doença, nenhum é suficiente por si só (Queirós et al., 2019).

O trauma e o stress infantil, são fatores ambientais que aumentam o risco para a PEE, uma vez que existem estudos que indicam que crianças expostas a estes eventos têm três vezes mais probabilidade de desenvolver uma perturbação mental, especialmente a PEE (Varese et al., 2012). Todavia, ainda não existe evidência suficiente que sustente esta relação (Brown, 2011).

Além disso, uma infância passada num ambiente socioeconomicamente desvantajoso também apresenta maior risco para o desenvolvimento desta doença (Wicks et al., 2010). No entanto, apesar do baixo estrato económico e social ser considerado um fator de risco, na realidade, a maioria de indivíduos com PEE, em geral, situa-se nestes ambientes, devido aos défices provocados pela doença (Jarvis, 2007).

6.7 Projeto Terapêutico

A estruturação do projeto terapêutico foi definido segundo o perfil intraindividual do DS, integrando os objetivos e as estratégias terapêuticas.

O DS começou o acompanhamento terapêutico com a estagiária a 26 de fevereiro de 2024 e terminou a 20 de junho de 2024, participando em seis das 12 sessões semanais previstas.

A estagiária foi responsável pelo planeamento das sessões, que posteriormente eram discutidas com a orientadora local sendo que, durante o acompanhamento, o planeamento era ajustado conforme os eventos ocorridos nas sessões. Após cada sessão, a estagiária realizava um registo detalhado, que também era debatido com a orientadora local. No Anexo N encontram-se um exemplo de plano de sessão e de registo.

6.7.1 Objetivos terapêuticos

Neste subcapítulo serão apresentados os objetivos terapêuticos delineados com base nas áreas a desenvolver do perfil intraindividual do DS.

As tabelas 14, 15 e 16 apresentam os objetivos definidos, organizados por domínios, com o objetivo geral de cada área a desenvolver e os respetivos objetivos específicos. Além disso, as tabelas indicam a forma de monitorização utilizada para acompanhar e verificar o cumprimento de cada objetivo na avaliação final.

Tabela 14 - Objetivos estabelecidos para o domínio psicomotor do DS

Domínio Psicomotor		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver a regulação tónica	Promover a capacidade de realizar um ajuste tónico em função da ação	EMoB
Desenvolver o esquema corporal	Estimular a consciência proprioceptiva do corpo	GOC
	Promover a memória visuo-cinética através da imitação de gestos	GOC
Desenvolver a coordenação motora	Promover a capacidade de dissociar movimentos	EMoB
	Estimular a capacidade de planeamento e execução do ato motor	EMoB, GOC
	Fomentar a coordenação oculo-manual e oculo-podal	EMoB, GOC

Tabela 15 - Objetivos estabelecidos para o domínio cognitivo do DS

Domínio Cognitivo		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver a memória de trabalho e longo prazo	Promover a descrição das atividades realizadas e sensações sentidas, no final da sessão	GOC
	Estimular a capacidade de evocar atividades das sessões anteriores	GOC
Desenvolver a flexibilidade cognitiva	Fomentar a capacidade de dar diferentes soluções para um mesmo problema	GOC
Desenvolver o planeamento e execução de tarefas	Promover a capacidade de criar uma variação de uma atividade de forma organizada e estruturada	GOC
	Estimular a capacidade de estabelecer estratégias eficazes e adequadas às situações	GOC
	Promover a capacidade de automonitorização do ato motor e gesto	GOC

Tabela 16 - Objetivos estabelecidos para o domínio socioemocional do DS

Domínio Socioemocional		
Objetivo Geral	Objetivo Específico	Monitorização
Desenvolver as relações interpessoais	Fomentar a capacidade de manter uma conversa organizada com os pares	GOC
	Expressar-se quando as ideias dos colegas não vão de encontro com os seus interesses	GOC
Desenvolver a comunicação verbal	Aumentar a capacidade de iniciativa e participação, dando sugestões e ideias para a sessão	GOC
	Comunicar os seus desejos, motivações e interesses	GOC

Desenvolver a autonomia	Promover a capacidade de aderir às atividades de forma espontânea	GOC
-------------------------	---	-----

6.7.2 Estratégias de intervenção

De acordo com as melhores práticas, as estratégias previstas no projeto terapêutico devem ser elaboradas ao longo da intervenção e ajustadas conforme as necessidades do utente em acompanhamento (Aragón, 2012).

Foram, então, delineadas algumas estratégias específicas para este caso, nomeadamente: realizar atividades que vão ao encontro dos gostos do DS e que estimulem a sua motivação intrínseca; no início de cada sessão utilizar a rechamada sobre a sessão anterior, para promover a memória de longo prazo; no momento final utilizar a rechamada sobre a sessão atual, para estimular a memória de curto prazo; realizar atividades com carácter lúdico, prazerosas, desafiantes e atingíveis, no sentido de promover o sentimento de competência; dividir o grupo em pares e solicitar a criação de atividades, de forma a incentivar a comunicação com os colegas de grupo.

6.8 Evolução Terapêutica

Apesar do DS apenas ter comparecido a metade das sessões realizadas, foi possível observar algumas melhorias, especialmente nas relações com a estagiária e com o grupo, dado que no final do acompanhamento terapêutico o utente já não se sentia envergonhado em partilhar as suas ideias, algo que não acontecia no início. Contudo, era, ainda, necessário que a terapeuta provocasse alguma motivação para que o DS se sentisse confortável em se expressar.

Relativamente às partilhas feitas pelo DS, é possível afirmar que estas, por vezes, não eram adequadas à atividade que estava a ser realizada. Um exemplo que mostra isto era quando se estava a realizar o jogo do STOP e a estagiária pedia que os utentes dessem uma ideia para uma categoria, o DS não dizia uma categoria, mas sim algo que pertencesse a ela.

Todavia, quando eram realizadas atividades mais motoras e era pedido que encontrassem diferentes soluções para uma situação – e.g.: realizar o máximo de movimentos diferentes só com os membros inferiores –, o DS era quase sempre o último a ficar sem ideias para estes movimentos, o que mostra que, ao nível motor, apresenta uma boa flexibilidade cognitiva.

Em todas as sessões, no início, era questionado sobre os acontecimentos da semana. Ao longo do acompanhamento terapêutico o tipo de resposta do utente foi-se alterando. No início, a sua resposta era praticamente sempre “*Nada*” (sic) ou “*Não me*

lembro" (sic), mostrando a sua dificuldade em recordar as situações da sua semana e em se expressar no seio do grupo. Porém, nas últimas sessões, o DS já conseguia rechamar algumas situações referentes a dois ou três dias antes da sessão e já se sentia mais à vontade em partilhá-los.

Nas primeiras sessões, quando era questionado sobre o que tinha sido feito, ou o que é que o grupo tinha gostado mais de fazer, ou o que é que sentiram no final da sessão, o DS tinha dificuldade em identificar o que tinha sido realizado, rindo-se e admitindo que não se lembrava. Já no final do acompanhamento, o utente conseguia enunciar algumas características específicas da atividade para as identificar, dizendo, por exemplo, que foi feito um jogo em que passavam as bolas entre colegas ou que tinham de ver triângulos e bolas e bater palmas.

Ao nível do planeamento e execução do ato motor, o DS mostrou pequenos progressos ao nível dos membros superiores e melhores resultados nos membros inferiores, o que seria esperado, uma vez que o DS tinha sido jogador profissional de futebol. Foram feitas algumas atividades para estimular este planeamento e execução essencialmente ao nível da dissociação dos movimentos entre os membros. Nas primeiras vezes o DS apresentava grandes dificuldades, mas ao longo das sessões estas foram diminuindo. Algo que foi também estimulado foi a velocidade da execução dos movimentos, ao que o DS reagiu dizendo que tem mais dificuldade em realizar um movimento lentamente do que rapidamente, pois era como se o seu corpo se esquecesse do que tinha de fazer.

De algumas reflexões feitas, que se foram aprimorando ao longo das sessões, foi, também, possível perceber que o DS apresenta uma maior consciência e perceção das dificuldades que tem, em relação à fase inicial do acompanhamento.

6.9 Avaliação Final e Considerações Finais

Em concordância com a avaliação inicial, foram aplicados os instrumentos EMOB (Guimarães et al., 2016) e GOC (Duarte et al., 2015), permitindo a comparação dos resultados e a demonstração da evolução do DS. Para obter informação adicional sobre a noção corporal, de maneira a perceber se os objetivos definidos foram alcançados, na avaliação final foi também aplicado o instrumento HFDT (Mitchell et al., 1993).

A avaliação final decorreu em junho e os resultados serão apresentados a seguir, cujos anexos podem ser consultados no Anexo O.

6.9.1 EMoB (Guimarães et al., 2016)

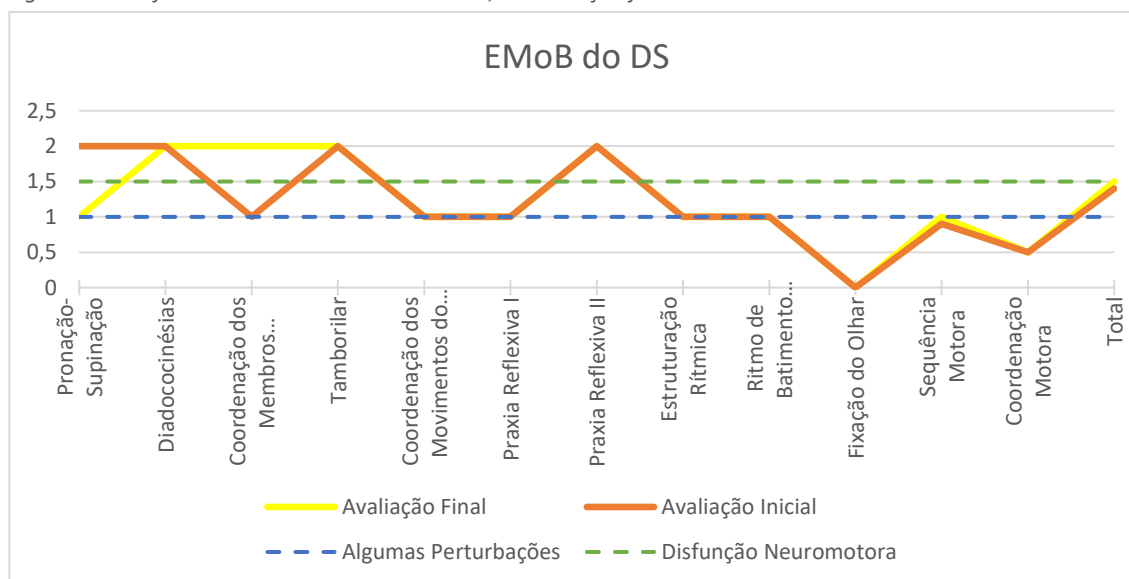
Na avaliação final, a EMoB (Guimarães et al., 2016) foi aplicada pela estagiária, no gabinete da orientadora local.

Foram desviadas as cadeiras da sala para um canto, para que houvesse espaço para a aplicação do teste e foi pedido ao DS que realizasse os itens de forma tranquila.

No gráfico da figura 10, observa-se que, na sua generalidade, os resultados mantiveram-se semelhantes à avaliação inicial. Todavia, o item Pronação-Supinação progrediu para o limite do nível dos movimentos com alguma perturbação, e o item Coordenação dos Membros Superiores regrediu para o nível de disfunção neuromotora.

A pontuação total aumentou um pouco, passando para 1,5, dado que a subescala Sequência Motora teve um aumento no valor final, encontrando-se no limite dos movimentos com alguma perturbação. A subescala Coordenação Motora manteve-se com a mesma pontuação, encontrando-se sem perturbação. Estes valores mostram que o DS apresenta algumas perturbações no movimento, mas não evidencia uma grande presença dos SNMD.

Figura 10 - Gráfico dos resultados da EMoB do DS, na avaliação final



Da aplicação do instrumento foi possível observar que continua a existir uma dificuldade na dissociação dos movimentos e que, para que o DS tenha melhor controlo motor, é necessário que os movimentos sejam realizados mais lentamente, mas não demasiado lento. Além disso, o DS já não apresenta as mesmas dificuldades em completar o movimento de pronação-supinação.

Uma vez que os resultados não tiveram um aumento significativo é difícil explicar as razões do aumento verificado. Este aumento pode ser explicado por várias fatores, como o tipo e duração da intervenção, as características individuais do paciente e a sensibilidade dos instrumentos de avaliação utilizados (Camarneiro, 2021; DeFouw et

al., 2021). Para uma eventual progressão nos resultados é necessário que exista adesão ao tratamento (Camarneiro, 2021) e, como foi dito anteriormente, o DS apenas participou em seis das 12 sessões previstas. O tempo de intervenção pode, também, influenciar os resultados da avaliação final, dado que se este tempo for curto os resultados das avaliações inicial e final não serão muito distintos (Faria et al., 2011).

6.9.2 GOC (Duarte et al., 2015)

Tal como na avaliação inicial, para a aplicação da GOC (Duarte et al., 2015) a estagiária preencheu o questionário em casa, baseando-se na última sessão do DS no grupo Come&Go, que ocorreu no dia 17 de junho de 2024.

Relativamente à postura do DS na última sessão, foi possível observar que se encontrava mais confortável no seio do grupo e que continuava cooperante, motivado e aplicado nas atividades. A adesão voluntária à tarefa continua a ser uma dificuldade do DS. Porém, se for estimulado pela terapeuta, consegue fazê-lo de forma autónoma, completando sempre a tarefa. O utente mostra-se atento tanto na parte de instrução como de realização da tarefa. Contudo, continua a mostrar algumas dificuldades em planear a execução da mesma. Mostra-se, ainda, empenhado e alegre em todas as tarefas, tendo preferência pelas atividades individuais em detrimento das coletivas.

Ao nível da comunicação verbal, o DS consegue responder a todas as questões e, se for exogenamente motivado, consegue dar sugestões na maioria das vezes, sendo poucas as vezes que o faz por iniciativa própria. Apresenta menos dificuldades em compreender instruções simples, mas a mesma dificuldade em compreender instruções complexas sem apoio. Ademais, apresenta alguma fluidez no discurso, mas este continua, muitas vezes, pouco claro. Relativamente à comunicação não verbal, nesta fase, o DS já se encontrava mais recetivo ao grupo.

Relativamente à identificação e descrição das tarefas no final da sessão, o utente consegue dizer o que foi feito, usando momentos ou características específicas da atividade para as identificar, porém tem muitas dificuldades em descrevê-las. O mesmo acontece quando é pedido que descreva as atividades realizadas na sessão anterior. No que diz respeito às situações do dia a dia, consegue contar algumas situações que fez desde a última sessão, mas refere mais facilmente as que aconteceram nos últimos dois ou três dias.

Na relação com o terapeuta e com os pares, o DS continua a não apresentar o embotamento social expectável da PEE, dirigindo o seu olhar ao outro e sorrindo de forma espontânea e adequada. Quando a terapeuta questiona, o utente expõe a sua opinião, mas prefere não partilhar os seus sentimentos no seio do grupo, fazendo-o com mais facilidade na sessão individual.

Na maioria das vezes, quando a estagiária pede que o grupo dê ideias para as atividades, o DS consegue desenvolver estratégias eficazes, mas se algum colega diz a sua ideia ele acaba por a imitar. Continua a apresentar a mesma lentificação verbal e motora que na avaliação inicial.

Ao nível da praxia global, o DS apresenta mais facilidade nos movimentos realizados com os membros inferiores, comparativamente aos membros superiores. Ademais, apresenta mais facilidade em realizar movimentos simétricos do que assimétricos.

Como referido anteriormente, a intervenção psicomotora promove o desenvolvimento dos domínios motores, cognitivos, emocionais e comportamentais (Cozolino, 2002). Assim, é possível perceber que existiram algumas melhorias da avaliação inicial para a final, essencialmente nos objetivos terapêuticos relacionados com a memória de curto e longo prazo, com a tomada de decisão e com a capacidade de iniciativa e sugestão.

A utilização de técnicas gnossopráticas, em que através da realização de atividades motoras se estimulam áreas cerebrais relacionadas com a memória, permite integrar estes movimentos e as sensações provenientes dos mesmos no repertório mental e promove a estimulação desta função cognitiva (Gallagher & Payne, 2014; Weineck & Messner, 2018). Além disso, ao longo da intervenção terapêutica, várias atividades foram relacionadas com a sequencialização motora, uma vez que estas podem, também, aprimorar a memória do indivíduo (Jacob, 2012).

Diversos estudos indicam que uma intervenção focada no corpo pode melhorar as competências sociais (Goertzel et al., 1965; Nitsun et al., 1974; Rohricht & Priebe, 2006). Isso ocorre porque a reorganização corporal e mental do indivíduo, promovida nas sessões de PM, facilita uma interação social mais autónoma e dinâmica (Rohricht et al., 2009).

6.9.3 HFDT (Duarte et al., 2015)

O HFDT (Mitchell et al., 1993) foi aplicado em junho de 2024 pela estagiária no gabinete da orientadora local. O DS estava sentado numa cadeira em frente de uma mesa e foi-lhe disponibilizado um lápis, uma borracha e uma caneta.

Foi pedido que o DS desenhasse uma figura humana e, quando ele acabou, foi pedido que, no outro lado da folha, desenhasse uma figura humana do sexo oposto.

Relativamente aos resultados, é possível indicar que a Impairment Scale obteve um resultado de 72 pontos, a Distortion Scale obteve 53 pontos, a Simplification Scale obteve 77 pontos e o Organic Factors Index obteve o valor de -4, o que, tudo conjugado,

indica que o DS apresenta um funcionamento cognitivo grave, relacionado com uma condição orgânica ou com um défice cognitivo.

O DS mostrou-se bastante disponível para realizar o teste, fazendo-o rapidamente. Quando acabou os desenhos, a estagiária questionou sobre o sexo do primeiro, por não terem sido desenhadas características que o permitissem identificar, e o utente disse que era um homem.

Embora não exista uma avaliação inicial deste instrumento que permita perceber a evolução do DS, é possível retirar algumas informações do desenho. O pequeno tamanho do desenho indica alguma timidez e um baixo autoconceito e o facto de o corpo ser desenhado com traços indica uma grande deficiência da noção corporal. O facto de não terem sido desenhadas algumas características do corpo humano, como nariz, orelhas, cabelo, pescoço, ombros, mãos e pés, indica que existe imaturidade no esquema corporal do utente. O HFDT (Mitchell et al., 1993) acrescenta, ainda, que o facto de não desenhar as mãos e os pés pode indiciar baixa autoconfiança e autoestima.

Estes resultados não são surpreendentes, dado que indivíduos com PEE costumam apresentar variadas características relacionadas com a noção corporal, como sensações corporais desconfortáveis, perda de limites e distorção do esquema corporal (Rohricht & Priebe, 2006).

Com base nos resultados obtidos, considera-se benéfico que o DS continue a frequentar as sessões de PM no Espaço@com, tanto em contexto de grupo como na perspetiva individual, pontualmente, uma vez que alguns dos objetivos propostos já foram atingidos, mas é importante continuar a estimular outros objetivos. Dos objetivos alcançados, salienta-se a coordenação oculo-pedal, a melhor capacidade em planear e executar o ato motor, em evocar atividades realizadas na última sessão e em fazer solicitações espontaneamente.

Ademais, é importante estimular outras áreas da vida do DS – nomeadamente a área ocupacional e a psicoeducação sobre a sua perturbação – de maneira a que este consiga ter o máximo de qualidade de vida possível.

Em suma, as reflexões apresentadas garantem um acompanhamento integral e abrangente, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do DS ao longo do seu processo terapêutico.

7. Atividades Complementares

Complementarmente às atividades de estágio descritas anteriormente, a estagiária realizou outras atividades que promoveram a sua aprendizagem e o seu crescimento pessoal e profissional.

Nos dias 16 e 17 de novembro de 2023, ocorreu o “Encontro Semente – Promoção da Saúde Mental Perinatal em Amadora e Sintra”, onde vários oradores nacionais e internacionais estiveram presentes (Anexo P). Este projeto foi criado pela equipa de SM do HFF com o objetivo de promover a SM das mães durante a gravidez e o primeiro ano de vida do bebé. Este encontro ofereceu novos conhecimentos à estagiária, numa área nunca investigada pela mesma, o que promoveu um fortalecimento dos seus conhecimentos profissionais.

Em conjunto com a colega do núcleo de estágio, e com informação fornecida pelo professor orientador, foi realizado um poster (Anexo Q) que depois foi partilhado com as orientadoras dos locais de estágio de ambas as estudantes e, ainda, com os restantes estudantes da turma do segundo ano do Mestrado de Reabilitação Psicomotora. Este poster acabou apenas por ser afixado na Clínica da Psicomotricidade, o local de estágio da outra colega, uma vez que para ser afixado no HFF teria de ser apresentado à administração do hospital e depois ser aprovado, o que ocorreria fora dos prazos do estágio. Este trabalho permitiu ampliar o conhecimento dos utentes e das suas famílias sobre o que é a PM, de uma forma mais simples e clara.

A estagiária participou, ainda, na Summer School de PM coorganizada pela FMH, com o tema “The Future is now!” que ocorreu em Zwolle, na Holanda, no início do mês de julho, cujo certificado se encontra no Anexo R. Durante uma semana, a estagiária teve a oportunidade de aprender sobre várias inovações no campo da PM, como a utilização da realidade virtual durante as sessões ou como utilizar a natureza durante a intervenção psicomotora. Além disso, esta experiência permitiu conhecer estudantes e profissionais de PM de outros países, com outras bases teóricas, outras vivências e outras práticas. Estas partilhas permitiram um crescimento pessoal, para além de uma nova perspetiva do que pode ser a PM em Portugal.

Conclusão

Desde muito cedo me apercebi que queria trabalhar com pessoas e, de alguma forma, conseguir ajudá-las a serem melhores. E desde a licenciatura percebi que trabalhar na área da Saúde Mental era o que eu realmente gostava de fazer. Por isso, para o estágio do mestrado escolhi estagiar no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, pois sabia que iria conseguir juntar os meus gostos e desejos e, ao mesmo tempo, trabalhar com várias faixas etárias, num contexto diferente dos que eu já tinha experimentado e, além do mais, ter o Professor Doutor Rui Martins como orientador académico. Há quem diga que lutei com unhas e dentes por este lugar e também há quem diga que fui mansinha, mas sabia, desde o início, que este seria o local que me permitiria aprender e ser feliz ao mesmo tempo.

Para nos tornarmos bons profissionais temos de pôr as mãos na massa, como se costuma dizer, e este estágio serviu, essencialmente, para isso. Estes meses de trabalho permitiram consolidar toda a fundamentação aprendida na formação curricular; transpor a teoria para a prática e perceber os resultados que daí provêm; contactar diretamente com a população e pôr em prática as competências de observação, avaliação e intervenção; e permitiram perceber, na essência, a importância da Psicomotricidade enquanto ferramenta terapêutica na promoção da Saúde Mental.

Nos estudos de caso foram postas em prática aprendizagens teóricas relativas à definição de objetivos e estratégias, à análise da história dos utentes e à identificação dos fatores de risco e proteção, de forma a elaborar um projeto terapêutico. Para além disto, foi possível planear sessões, refletir sobre os comportamentos dos utentes e monitorizar a intervenção psicomotora realizada.

Durante o ano letivo realizaram-se reuniões quinzenais com o orientador académico Professor Doutor Rui Martins e com uma colega estagiária. Posso dizer que de todas elas saí com a sensação que a minha cabeça ia explodir com tantas aprendizagens, reflexões, ideias, conhecimentos e opiniões. Acredito que esta troca de experiências e de pensamentos foi dos fatores que mais ajudou a dar intencionalidade à minha prática e a crescer como profissional.

Embora não tenha sido possível reunir com a orientadora local e as suas coadjuvantes – Dra. Janete Maximiano, Dra. Eliana Santos e Dra. Sara Santos – em conjunto, nos dias de estágio iam sendo feitas algumas reflexões sobre os casos acompanhados. Esses momentos permitiam-me esclarecer dúvidas sobre as técnicas e estratégias aplicadas pelas orientadoras e, também, refletir sobre o trabalho que estava a fazer com os casos grupais e individuais.

É importante destacar, também, a possibilidade de ter conseguido articular o meu trabalho com as equipas multidisciplinares, a partir das reuniões de equipa ou pela presença em algumas consultas de outras áreas profissionais. Este trabalho só comprovou a minha profunda convicção de que é possível alcançar melhores resultados e ajudar da forma mais positiva os utentes quando é feito em equipa e existe uma boa comunicação. Ademais, a participação nestas reuniões, permitiu ganhar novos conhecimentos teóricos e práticos sobre diferentes áreas que influenciam a Psiquiatria, a Pedopsiquiatria e a PM.

Como eu já sabia, trabalhar com adultos é conceder-lhes a liberdade para o seu processo terapêutico e fazer-lhes perceber isso. Tanto o terapeuta como o utente são adultos e encontram-se em pé de igualdade e, embora o primeiro tenha o papel principal de regulador da sessão e das atividades, é o segundo que encaminha e organiza as atividades da sessão. Já o trabalho com crianças e adolescentes é totalmente diferente e era desconhecido para mim. Com esta faixa etária existe naturalmente mais probabilidade de a sessão se tornar o oposto daquilo que foi planeado, existe mais brincadeira e espontaneidade e menos estruturação e rigidez. O que ao início me pareceu ser difícil, foi-se tornando desafiante e um prazer. Com ambas as populações foi possível ganhar novas competências ao nível da adaptação do planeamento das sessões, da gestão de frustração quando algo corria menos bem e, também, ao nível da empatia.

Tenho plena consciência que este estágio serviu para evoluir, para me transformar e para me preparar para tudo o que o me espera no futuro. Levo, e conservarei sempre comigo, tudo o que vivi. Todos os momentos que ficava horas a pensar em que atividades fazer nas sessões, todas as vezes em que eu só queria que o despertador não tocasse porque queria dormir mais um bocadinho, todas as conversas no refeitório depois das sessões clínicas, todas as reflexões sobre o porquê de um determinado comportamento, todas as trocas de comida com as colegas do SPSMIA, todas as brincadeiras com os utentes, todas as aprendizagens vindas dos orientadores e todos os abraços. Obrigada!

A conclusão deste estágio não simboliza apenas o culminar dos dois anos de Mestrado de Reabilitação Psicomotora, mas sim o final de cinco anos de uma vida académica sensacional e a expectativa de uma vida profissional ainda melhor. Foram cinco anos de muitas aprendizagens, muitas reflexões, muita diversão e, como eu gosto de dizer, muita cabeça a bater nas paredes. Não podia acabar este relatório sem deixar uma mensagem de orgulho para mim (modéstia à parte), por ter atingido os meus objetivos, ter ultrapassado as minhas dificuldades e, especialmente, por me ter tornado na pessoa e profissional que sou hoje. Tudo isto, mais uma vez, me clarificou o caminho

que quero continuar a seguir: o caminho da Psicomotricidade. A estrada está aberta.
Vou fazer tudo para conquistar o meu lugar.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2002). Esquizofrenia – conhecer a doença. (2ª edição). Lisboa. CLIMEPSI.
- Aguiar, I. M. G. L. (2003). Relaxação terapêutica: uma forma de abordagem aos problemas de sono – descrição de uma prática e psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 62-70.
- Akasha, E. S. (2004). No início era a relação... *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, (3), 95-103.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *Revista da Associação Portuguesa da Psicomotricidade*, 1(6), 56-64.
- Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa
- Alves, A., Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicas da saúde mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28 (2), p.127-131.
- Alves, F. (2022). *A infância e a Psicomotricidade: A pedagogia do corpo em movimento*. Wak Editora, 2ª edição, Rio de Janeiro.
- Amaral, M. O. P., Silva, D. M. D., Costa, M. D. G. A., Gonçalves, A. M., Pires, S. M. C. S., Cruz, C. M. V. E. M., ... & Gil, N. C. D. S. P. (2020). ProMenteSã: Formação de professores para promoção da saúde mental na escola. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO02246>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Secção II: critérios, diagnósticos e códigos, in *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (pp. 87-154), Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA]. (2020). What is shizophrenia? Retirado a 1 de agosto de 2024 de <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). What is Somatic Symptom Disorder? Retirado a 6 de agosto de 2024 de <https://www.psychiatry.org/patients-families/somatic-symptom-disorder/what-is-somatic-symptom-disorder>
- Anthony, W. A. (2007). *Toward a vision of recovery*. For mental health and psychiatric rehabilitation services, Boston.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2021). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas*. Retirado a 10 de dezembro de 2021 de www.appsicomotricidade.pt
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*. Cruz Quebrada.

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. <https://www.appsicomotricidade.pt/wpcontent/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Aucouturier, B. (2010). O método Aucouturier: fantasmas de ação e prática psicomotora. Idéias e Letras, São Paulo.
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of adolescence*, 23(2), 205-222. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0308>
- Bandeira, J. B., Rodrigues, V. O. (2021). A importância da psicomotricidade no desenvolvimento infantil. *Caderno Intersaberes*, 10(29), 265-275.
- Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M., & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 127-138.
- Boscain, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa da Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Branco, M. E. (2000). Vida, pensamento e obra de João dos Santos. Livros Horizonte.
- Brito, A. (2005). *Observação directa e sistemática do comportamento*. FMH Edições, Cruz Quebrada.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Brown, A. S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in neurobiology*, 93(1), 23-58.
- Bruston, R. (1981). *Petit Manuel de reeducation psychosensorielle en Psychotherapie*. Alençon: ÉPI Desclée De Brouwer.
- Bruston, R. (1983). *De la method du Docteur Vittoz à la psychologie des profondeurs*. (Deuxième edition ed.). Clamecy: ÉPI.
- Bullinger, A. (2011). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Érès, Toulouse.
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, (7).
- Cardoso, G., & Maia, T. (2009). Serviços psiquiátricos na comunidade com base no hospital geral: um modelo português. *Psilogos*, 7(1 & 2), 54-66.
- Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*, 395(10224), 605-658.

- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.*
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 519-534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Coryell, W. (2023). *Considerações gerais sobre transtornos do humor.* Manual MSD. Retirado a 14 de outubro de 2024 de <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-do-humor/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-do-humor>
- Costa, C. (2015). Hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF): 20 anos de existência. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 3(2), 40-43.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 30(11), 1068-1083.
- D'Avila, C. M. (1998). *Consciência corporal e adolescência.*
- DeFouw, E. R., Collier-Meek, M. A., Daniels, B., Coddington, R. S., & Veiga, M. (2021). Does intervention session length matter? A comparison of a math intervention across three durations. *Journal of Behavioral Education*, 1-27.
- Derogatis, L. R., & Kathryn, L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 310-347). Routledge.
- Dias, C. (2009). "Olhar com Olhos de Ver". *Revista Portuguesa De Pedagogia*, (43), 175-188. https://doi.org/10.14195/1647-8614_43-1_9
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa.
- Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R. e Simões, C. (2015). *Grelha de Observação Comportamental.* Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana
- Dumas, T. M., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018>
- Estrada, J., Dieudonné, V. (2015). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, in D. Leal (Edts). *Manual de Psiquiatria e Adolescência – Quadros Clínicos: Perspetiva Integradora* (pp.187-206), Coisas de Ler.
- Estrada, J., Moura, M., Pinto, I., Correia (2015). Perturbações Bipolares, in D. Leal (Edts). *Manual de Psiquiatria e Adolescência – Quadros Clínicos: Perspetiva Integradora* (pp.285-312), Coisas de Ler.

- Faria, L., Königstedt, M., & Taveira, M. D. C. (2011). Avaliação da eficácia das intervenções vocacionais. *Psicologia, Educação e Cultura*.
- Fauché, S. (1993). *Ducorps au psychisme - histoire et épistémologie de la psychomotricité*. Presses Universitaires de France. Paris.
- Fernandes, J. M. G. A., Filho, P. J. B. G. e Rezende, A. L. G. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* (26,3), 702-709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoen1232>
- Filho, H. P. V., & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 2-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500002>
- Fonseca, J. (2007). O Papel da relaxação no percurso psicoterapêutico. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, (9), 35-40.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *Revista da Associação Portuguesa da Psicomotricidade*, 1(3), 18-31.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42–52.
- Fonseca, V. (2021). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Neuropsicológica dos seus Fatores*. Âncora Editora, Lisboa.
- Frazão, A. (2017). Intervenção psicomotora na promoção da autodeterminação: um estudo de caso. In R. Martins e C. Simões (Edts.) *A Psicomotricidade no século XXI – Respostas inovadoras para desafios emergentes*. (pp. 47-62), FMH, ULisboa.
- Furini, A. B., Selão, B. (2010). *Psicomotricidade relacional e inclusão na escola. Metodologia da psicomotricidade relacional*. Univates Editora, nº1, Lajeado.
- Gallagher, S., & Payne, H. (2015). The role of embodiment and intersubjectivity in clinical reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 68-78. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.980320>
- Galvão, A. M. (2019). Coaching de saúde e bem-estar na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 5-8.
- Gatchel, J., Legesse, B., Tayeb, S., Murray, E., & Price, B. (2015). Neurosyphilis in psychiatric practice: a case-based discussion of clinical evaluation and diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.04.012>
- Gavin, B., Lyne, J., & McNicholas, F. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 156-158.
- Goertzel, V., MAY, P. R., Salkin, J., & Schoop, T. (1965). Body-ego technique: an approach to the schizophrenic patient. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 141(1), 53-60.
- Guadalupe, S. (2001). *Intervenção em rede e doença mental*. [Comunicação] II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas, Coimbra, Portugal.

- Guimarães, S., Santos, A. S., Melo, A. P. L. S. B. (2023). Assessing motor neurological soft signs in schizophrenia: confirmatory factor analysis of portuguese version of BMS-P. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar*, 4(9). <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i9.3892>
- Guimarães, S., Santos, S., Lebre, P. (2016). Escala motora breve (EMoB).
- Guimarães, S., Santos, S., Lebre, P. (2018). Contribuição para a avaliação psicomotora da pessoa com perturbação do espectro da esquizofrenia: a especificidade dos sinais neurológicos motores discretos. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, (43), 111-125.
- Hátlová, B., Adámková Ségárd, M., Probst, M., Chytrý, V., & Chalupová, E. (2020). The effect of psychomotor therapy on mental health in in-patient schizophrenia treatment: a randomized, double-blind intervention study. *Acta Gymnica*, 50(2), 83-88.
- Hernández Rojas, E. S., & Ariza Varón, M. A. (2021). Neurosífilis. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(1), 72-80. <https://doi.org/10.22379/24224022337>
- HFF. (s.d.). *Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca*. Retirado a 20 de julho de <https://hff.min-saude.pt/>
- Hoffmann, B. (2016). The Role of Expressive Therapies in Therapeutic Interactions; Art Therapy - Explanation of the Concept. *Trakia Journal of Sciences*, 14(3), pp. 197-202.
- Hor, K., Taylor, M. (2010). Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Tsai, C. C., Hwang, M. Y. (2008). Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1795–1802. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02310.x>
- Iencarelli, A. M. B. (1980). Relaxação, psicossomática e adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(1), 431-436.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024). *Estatísticas da Saúde – 2022*. Retirado a 31 de julho de 2024 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2
- Jacob, L. (2012). *Estimulação cognitiva para idosos*. RUTIS, 1ª Edição, Almeirim.
- Jacobs, G. D. (2001). The physiology of mind–body interactions: The stress response and the relaxation response. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 7(1), 83-92.
- Jacobson, E. (1925). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 36(1), 73. <https://doi.org/10.2307/1413507>
- Jahn, T., Cohen, R., Hubmann, W., Mohr, F., Köhler, I., Schlenker, R., ... & Schröder, J. (2006). The Brief Motor Scale (BMS) for the assessment of motor soft signs in schizophrenic

- psychoses and other psychiatric disorders. *Psychiatry research*, 142(2-3), 177-189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2002.12.002>
- Jardim, C. S. (2003). *Brincar: um Campo de Subjetividade na Infância*. Annablume, São Paulo.
- Jarvis, G. E. (2007). The social causes of psychosis in North American psychiatry: a review of a disappearing literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 287-294.
- Jaworska-Andryszewska, P., & Rybakowski, J. K. (2018). Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacological Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2018.10.004>
- Jones, E. A., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- Justo, A. P., & Lipp, M. E. N. (2010). A influência do estilo parental no stress do adolescente. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30(79), 363-378.
- Keen, D., & Hadjikoumi, I. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *BMJ Clinical Evidence*.
- Ketele, J.-M. de. (1984). *Observar para educar: observación y evaluación en la práctica educativas*. Editorial Visor, Madrid.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Klumparendt, A., Nelson, J., Barenbrügge, J., & Ehring, T. (2019). Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC psychiatry*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2016-8>
- Kroenke, K., & Rosmalen, J. G. (2006). Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Medical Clinics*, 90(4), 603-626. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.04.003>
- Laak, J. Ter, De Goede, M., Aleva, A., & Van Rijswijk, P. (2005). The draw-a-person test: An indicator of children's cognitive and socioemotional adaptation? *Journal of Genetic Psychology*, 166(1), 77-93. <https://doi.org/10.3200/GNTP.166.1.77-93>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421.
- Lei n.º 35/2023. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª série – N.º 141 – 21 de julho de 2023, 2-23.
- Leitan, N. D., & Murray, G. (2014). The mind-body relationship in psychotherapy: Grounded cognition as an explanatory framework. *Frontiers in psychology*, 5, 472.
- Lluch, M. T. C. (2000). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. (Tese de Mestrado em Metodologias das Ciências do Comportamento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona.

- Lluch, M. T. C. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud mental*, 25(4), 42-55.
- Lluch, M. T. C. (2014). Estratégias Individuais de Promoção da Saúde Mental Positiva. In *Conferência a: Vº Congresso Internacional da SPESM-Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental Braga (Portugal), 19 e 20 junho 2014*.
- Lluch, M. T. C. (2015). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. *Revista Enfermagem Slud Mental*, 37-69.
- Lluch, M. T. C., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., & Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13, 1-11.
- Lourenço, M. S. D. G., Matsukura, T. S., & Cid, M. F. B. (2020). A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(03), 809-828.
- Lusa, A. (2023). *Prevalência de transtornos mentais em Portugal entre as mais elevadas da União Europeia*. Observador. Retirado a 31 de julho de 2024 de <https://observador.pt/2023/12/15/prevalencia-de-transtornos-mentais-em-portugal-entre-as-mais-elevadas-da-uniao-europeia/>
- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 15-17.
- Marques, J. C. (2016). *Alterações fisiopatológicas associadas ao stress: implicações na doença* (Tese de Mestrado em Medicina na especialidade de Fisiopatologia). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – As práticas entre o instrumental e o relacional. In Fonseca, V. e Martins, R. Eds. *Progressos em Psicomotricidade* pp. 29-40. Lisboa – Edições FMH
- Martins, R. (2008). A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Revista Diversidades*, 6 (21), pp. 19-28.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, 70(6), 716-722. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816ffc39>
- Matto, H. C. (2002). Investigating the validity of the Draw-A-Person: Screening procedure for emotional disturbance: A measurement validation study with high-risk youth. *Psychological Assessment*, 14(2), 221–225. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.2.221>
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 85-95.

- Maximiano, J. (2015). O Papel do Psicomotricista. In D. Leal (Ed.). *Manual de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Avaliação, compreensão e Intervenção* (1 ed., Vol. I, pp. 541-552). Coisas de Ler, Lisboa.
- McDowell, I. (2023). Mental Processes and Health: The Mind-Body Connection. In *Understanding Health Determinants: Explanatory Theories for Social Epidemiology* (pp. 437-458). Cham: Springer International Publishing.
- McDowell, I. (2023). Mental Processes and Health: The Mind-Body Connection. in I. McDowell (Edts). *Understanding Health Determinants*. (pp. 437–458). https://doi.org/10.1007/978-3-031-28986-6_11
- McNeish, T. J.; Naglieri, J. A. (1993). Identification of Individuals with Serious Emotional Disturbance Using the Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance. *The Journal of Special Education*, 27(1), 115–121. <https://doi:10.1177/002246699302700108>
- Mendes, A., Morais, A., Melo, D., Bandeira, R., Gaião, S., Parente, J., ... & Cardoso, G. (2012). Psiquiatria Comunitária na Equipa da Brandoa-Realidade Assistencial em Dezembro de 2008. *Psilogos*, 10(1).
- Mendes, R., Clemente, F., Rocha, R., & Damásio, S. (2012). Observação como instrumento no processo de avaliação em Educação Física. *Revista Científica Exedra*, 6, 57–70.
- Mila, J. (2019). *A Psicomotricidade e as suas intervenções no Campo Adulto*. (1ª ed.). Corpora Ediciones, Buenos Aires.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Retirado a 10 de janeiro de 2021 de <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Mitchell, J., Trent, R., McArthur, R. (1993). *Human Figure Drawing Test (HFDT)*, Western Psychological Services, Los Angeles.
- Moraes, L. M. P., & Braga, V. A. B. (2005). Uso da técnica do relaxamento como objeto de pesquisa: um relato de experiência com adolescentes. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 6(1), 103-111.
- Motay, D. (2015). La relaxation en psychiatrie adulte: quelles spécificités en psychomotricité? *Médecine humaine et pathologie*.
- Murphy, M., & Fonagy, P. (2012). Mental health problems in children and young people. *Annual report of the chief medical officer*, 1-13.
- Naglieri, J. (1988). *DAP: Draw a person: A quantitative scoring system*. The Psychological Corporation, San Diego.
- Narciso, A. S., Neto, A. C. G. (2023). Estratégias não farmacológicas empregadas no manejo da ansiedade em adolescentes. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 25(3), 54-64.

- Nave, M. L. J. P., & Mesquita, M. H. (2013). A criança, o meio e o perfil psicomotor. In *Um olhar sobre a motricidade infantil*. IPBC - Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Ndetan, H., Evans, M. W., Williams, R. D., Woolsey, C., & Swartz, J. H. (2014). Use of movement therapies and relaxation techniques and management of health conditions among children. *Altern Ther Health Med*, 20(4), 44-50.
- Nitsun, M., Stapleton, J. H., & Bender, M. P. (1974). Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology*, 47(2), 101-119. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1974.tb02275.x>
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, (4), 103-111.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., ... & Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203-213.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. OMS, Suíça.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*, 21–2.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2022). *A OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção*. Organização Pan-Americana da Saúde. Retirado a 1 de agosto de 2024 de <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2022). *Schizophrenia*. Retirado a 1 de agosto de 2024 de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019). *Adolescent Health*. Retirado a 24 de setembro de 2024 de <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 263-268.
- Owen, M. J., Sawa, A., Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01121-6)
- Papandrea, A. (2014). El abordaje psicomotor de adultos. *Revista de Psicomotricidad*.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

- Pereira, C. (2023). Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Modelo de Intervenção Comunitária. HFF
- Picchioni, M. M., Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ*, 335(7610), 91–95. <https://doi.org/10.1136/bmj.39227.616447.be>
- Pinho, L. G. D., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. D. L. (2017). Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5), 33-38.
- 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. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspetiva flamenga. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 6, 15-33.
- Quartilho, M. J. (2016). O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77.
- Resolução de Conselho de Ministros nº49/2008. *Diário da República*, 1ª série – 6 de março de 2008, 1395-1409.
- Reynolds, C. e Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*, 27(7), 821-841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. <https://doi.org/10.1080/17432970902857263>
- Röhrich, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 36, 669–678. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007161>
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., Suzuki, I., & Priebe, S. (2009). Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 82(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1974.tb02275.x>
- Sage, I., Crosnier, M., Soppelsa, R. & Galliano, A. (2011). Préhension, adresse, gnosies, praxies. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de Psicomotricidad e Técnicas Corporales*, 38, pp. 97-141.

- Salgueiro, E. (Jan.-Jun. de 1999). Aspectos psicomotores das crianças irrequietas. *Revista de educação Especial e Reabilitação*, 6 (1), pp. 35-44.
- Salvador, V. F., Berenguer, C., Ribeiro, C., & Costa, R. M. (2020). Portuguese Validation of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *Psychology, Community & Health*, 8(1), 111-125.
- Sandri, L. D. S. L. (2010). A psicomotricidade e seus benefícios. *Revista de Educação do IDEAU*, 5(12).
- Santos, A. (2017). A new challenge for public health: syphilis. *Diversitates International Journal*, 9(2).
- Santos, J. (2007). *Ensinaram-me a Ler o Mundo à minha Volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Santos, T., Grilo, B., Costa, J., Martins, R. (2017). Ouvindo o corpo: um grupo de relaxação terapêutica em pedopsiquiatria. In R. Martins e C. Simões (Edts.) *A Psicomotricidade no século XXI – Respostas inovadores para desafios emergentes*. (pp. 47-62), FMH, ULisboa.
- Schapuis, S. L., & Toni, C. G. D. S. (2022). Práticas educativas parentais como preditoras de capacidades e dificuldades na infância. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 11(2), 81-93.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2020). Levels of positive mental health in Portuguese and Spanish nursing students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(5), 483-492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>
- Sollier, J. P. (2017). La psychomotricité et les soins ambulatoires en psychiatrie: l'identité sexuée: un levier thérapeutique pour des patients schizophrènes en prise en charge groupale (Dissertação de Doutoramento em Psicomotricidade) Université Pierre et Marie Curie.
- Souza, J. B., Ferreira, J. C., & de Souza, J. C. P. (2021). A importância da validação das emoções das crianças. *Research, Society and Development*, 10(10), <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18940>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.
- Tamminga, C. (2020). *Esquizofrenia - Distúrbios de saúde mental*. Manual MSD. Retirado a 1 de agosto de 2024 de <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia>

- Tavares, S., Gadêlha, G., Rodrigues, M., Medeiros, M., e Surdi, A. (2017). *O brincar na educação infantil: uma comunicação com a psicomotricidade*. Anais IV CONEDU. Retirado a 10 de agosto de 2024 de <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/37570>
- Tavousi, M. N. (2015). The effectiveness of progressive relaxation training on daily hassles: moderating role of hardiness and self esteem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 54-60.
- Taycan, O., Özdemir, A., & Taycan, S. E. (2017). Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(2), 99. <https://doi.org/10.5152/npa.2016.12385>
- Tee, M. L., Tee, C. A., Anlacan, J. P., Aligam, K. J. G., Reyes, P. W. C., Kuruchittham, V., & Ho, R. C. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *Journal of affective disorders*, 277, 379-391. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.043>
- Toni, C. G. D. S., & Silves, E. F. M. (2013). Práticas educativas parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: Um modelo preditivo. *Psicologia Argumento*, 31(74). <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO01>
- Troncone, A., Chianese, A., Di Leva, A., Grasso, M., & Cascella, C. (2020). Validity of the Draw a Person: A Quantitative Scoring System (DAP:QSS) for Clinically Evaluating Intelligence. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(4), 728–738. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01058-6>
- Tubbs, I. (1996). *Creative Relaxation in Group Work*. Oxfordshire: Speechmark Publishing Ltd.
- Uher, R., Zwickler, A., 2017. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-geneenvironmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16 (2), 121–129. <https://doi.org/10.1002/wps.20436>
- Vallada Filho, H. P., & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 2-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500002>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental i: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 31–47.
- Vázquez-Colunga, J. C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. D. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., & Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da

saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169061>

- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018, November). Regulação emocional: Contributos das técnicas de Relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress. Proceedings of the International Seminar*. Évora, Portugal.
- Ventimiglia, I., Van der Watt, A. S. J., Kidd, M., & Seedat, S. (2019). Association between trauma exposure and mood trajectories in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.057>
- Vera, L. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives. *Enfance et PSY*, (2), 117-123.
<https://doi.org/10.3917/ep.014.0117>
- Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online*, 3(11).
- Vittoz, R. (2008). *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral: le Vittoz aujourd'hui*. Desclée de Brouwer.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International review of psychiatry*, 18(1), 13-24.
<https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
- Weineck, F., & Messner, M. (2018). Embodiment research—building bridges to evidence-based clinical practice. *Embodiment in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*, 113-126.
- Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1240-1246.
- Ye, J. (2020). Pediatric mental and behavioral health in the period of quarantine and social distancing with COVID-19. *JMIR pediatrics and parenting*, 3(2), 19867.
<https://doi.org/10.2196/19867>
- Zavaschi, M. L. S., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W. S., Carvalho, R. H. D., ... & Eizirik, C. L. (2006). Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 184-190. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300008>

Anexos

Anexo A – Contextos físicos de intervenção

Figura A1 – Gabinete da psicomotricista, Espaço@com Damaia

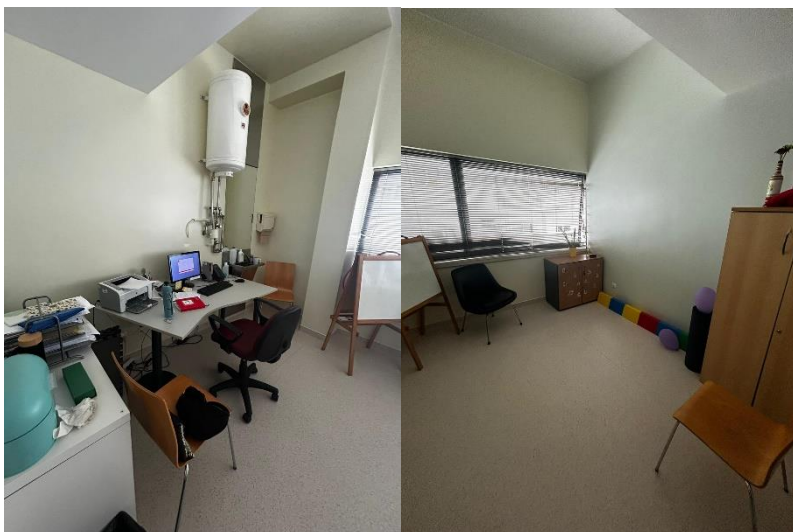


Figura A2 – Biblioteca, Espaço@com Damaia



Figura A3 - Sala da PM, SPSMIA



Figura A4 - Sala da TO, SPSMIA



Anexo B – Apresentação do Estudo de Caso I, à equipa de SPSMIA



Departamento de Saúde Mental, Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Orientadora: Sara Santos
Estagiária: Bárbara Silva



"Quando não sinto emoções negativas, não sinto nada"

Como é que o corpo pode ser um espaço de prazer?
Relaxação Psicossomática



Índice

- 01 O que é a Relaxação Psicossomática?
- 02 Objetivos da Relaxação Psicossomática
- 03 Conceitos importantes
- 04 Limitações da Relaxação Psicossomática
- 05 Possibilidades técnicas da Relaxação
- 06 Métodos de Relaxação
- 07 Caso clínico
- 08 Momento prático

Relaxação vs. Relaxamento

<p>Relaxação</p> <p>Processo ou métodos para obter o relaxamento</p>	<p>Relaxamento</p> <p>Estado obtido</p>
---	--

O que é a Relaxação Psicossomática?

Abordagem psicocorporal que procura obter uma resposta de relaxamento, através da regulação de parâmetros corporais, como o tónus e a respiração, e também através da regulação de processos cognitivos, como a atenção seletiva.

Situação de Stress

SN Simpático

↑ Pressão Arterial
↑ Frequência Cardíaca
↑ Frequência Respiratória
↑ Tónus muscular
↑ Nível de Vigilância

↓ Atividade gástrica

Situação de Calma

SN Parassimpático

↓ Pressão Arterial
↓ Frequência Cardíaca
↓ Frequência Respiratória
↓ Tónus muscular
↓ Nível de Vigilância

↑ Atividade gástrica

O que é a Relaxação Psicossomática?

Abordagem psicocorporal que procura obter uma resposta de relaxamento, através da regulação de parâmetros corporais, como o tónus e a respiração, e também através da regulação de processos cognitivos, como a atenção seletiva.

Situação de Stress

↑ Cortisol

↓ Acetilcolina

Situação de Calma

↓ Cortisol

↑ Acetilcolina

O que é a Relaxação Psicossomática?

Psicossomática

Fenómenos Perceptíveis: Afectos, Sensações

Fenómenos Imperceptíveis: Inconsciente Psíquico, Inconsciente Biológico

E

O que é a Relaxação Psicossomática?

Relaxação Passiva

Quando o momento é mais guiado pelo terapeuta, tendo este mais controlo, através da voz, de mobilizações ou toque.



Relaxação Ativa

Quando o utente apresenta mais escolha e intencionalidade no momento, sendo menos dirigido pelo terapeuta, e quando existe maior ativação corporal.



O que é a Relaxação Psicossomática?

Individualidade

Não existe um modelo pronto para seguir. É necessário compreender o modo de funcionamento próprio de cada utente e adaptar os métodos utilizados a cada um.

Intencionalidade

A intencionalidade terapêutica deriva da reflexão no final da atividade/sessão sobre o que foi vivido no momento e do transfer para a vida diária (dar significado).

Objetivos da Relaxação Psicossomática

Objetivos Gerais

- Diminuir a hipertonia e aceder à passividade de forma voluntária
- Perceção e consciencialização corporal
- Organização do espaço da ação
- Harmonização da relação com os outros

Objetivos Específicos

Dependem das dificuldades e sintomas de cada utente

Conceitos importantes

AUTO

Concentração > Consciência > Regulação

Concentração

Capacidade de focalização nos sentidos internos e externos, percepções e habilidades mentais conscientes.

Consciência

Consciência do eu em relação a si mesmo, determinando a forma como a realidade é percebida.

Regulação

Capacidade de monitorizar e modular emoções, cognições e comportamentos, para atingir um objetivo e/ou se adaptar às situações específicas.

Limitações da Relaxação Psicossomática

Psicopatologia + Idade + Características Individuais

Tipo de técnicas + Tempo + Passividade/Ativação



Possibilidades técnicas da relaxação

Crianças

- * Atividades Lúdicas
- * Palpações, pressões
- * Automassagem
- * Mobilizações
- * Visualização concreta
- * Técnicas de respiração
- * Reflexões com apoio de mediadores

Adolescentes/Adultos

- * Palpações, pressões
- * Automassagem
- * Mobilizações
- * Atividades de consciencialização da respiração
- * Atividades de consciencialização das tensões
- * Visualização simbólica
- * Reflexões mais profundas, através da fala

Métodos de Relaxação



Relaxação Progressiva

Edmund Jacobson



Relaxação Psicossensorial

Vittoz



Relaxação Criativa

Irene Tubbs

Relaxação Progressiva de Jacobson

Contração vs. Descontração consciente

Relaxamento físico vs. Relaxamento psíquico

Autocontrolo, consciência corporal e bem-estar

- Relaxação Global
- Relaxação Diferencial
- Relaxação da Atividade Mental

Relaxação Progressiva de Jacobson

Relaxação Global

- 1) Relaxamento gradual e individual
- 2) Relaxamento do corpo num todo
- 3) Progressão para um hábito de repouso em que o estado de calma é mantido de forma automática



Objetivos:

1. Identificar a tensão resultante da contração do músculo em questão – reconhecimento e localização da tensão
2. Após essa percepção, conseguir relaxar esse grupo muscular de forma gradual até ao seu “abandono”.

Relaxação Psicossensorial de Vittoz

Controlo Cerebral → Eliminação dos pensamentos parasitas → Estado de Equilíbrio

Receptividade > Emissividade > Tomada de consciência dos seus atos > Descontração

Foco progressivo nos sinais do seu corpo e no envolvimento

Controlo total do pensamento

Aprendizagem sobre a análise de cada movimento, imaginando-o

Retorno ao nível de vigília normal, eliminando o que perturba a mente

Relaxação Psicossensorial de Vittoz

Tratamento Funcional

Através da tomada de consciência do corpo (sensações) atinge-se um estado de controlo mental (consciente)

1. Instauração ou restauração do controlo
2. Desenvolvimento do estado de controlo
3. Manutenção do estado de controlo

Tratamento psíquico

Perceber a(s) causa(s) do estado apresentado pelo utente, procurando a origem psíquica dos sintomas que revela.

Relaxação Criativa de Tubbs

Stress



Estratégias de Autoajuda e Autocontrolo

- Momentos de sessão:
1. Preparação
 2. Tema Principal
 3. Retorno à cama

Relaxação Criativa de Tubbs

Linguagem corporal
Alinhamento corporal e postura
Voz
Palavras
Cheiro

Toque
Técnicas de respiração
Técnicas de relaxação
Visualização
Arterioterapia
Dança
Música
Exercício
Gestão de Stress
Terapias Alternativas

Estádio I: Sentir a diferença entre a contração e a descontração
Estádio II: Respirar promove a relaxação

Caso clínico



Olé!
Eu sou o LD e tenho 16 anos

Estou no Curso técnico de Produção de tecnologia de música na Escola De Recuperação do Património de Sintra

Vivo com a minha mãe, madrinha e irmão gêmeo

O que eu gosto mais de fazer é produzir música

Preocupações à data da referenciação

Maior expressão das dificuldades cognitivas	Heteroagressividade física e verbal durante alguns episódios
Diminuição do rendimento académico	Comportamentos de mentedigaçao
Dificuldade em dormir	Oscilação de humor
Recusa em estar na sala de aula	Menos investido no autocuidado
Confabulações	Encoprese aparece aos 14 anos

Anamnese

- Período Natal**
 - Gravidez por Fertilização in vitro
 - Parto prematuro de 34 semanas
- História Clínica**
 - Vários internamentos no 2º ano de vida, por questões respiratórias
 - Malformação na base do crânio, cervical e ouvido
 - Seguido em Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia no HDE
 - Operação ao pé boto direito, em junho de 2023
 - Síndrome de Duane tipo 1, miopia e astigmatismo
 - Seguido em Nefrologia no HFF
 - Enurese e Encoprese
 - Diagnóstico de Perturbação do humor (afetivo), sem outra especificação (segundo ICD-9 CM)

Anamnese

- História familiar**
 - A mãe é TO e conheceu o pai no trabalho, como paciente
 - O pai era paraplégico e morreu no início de 2022
 - A mãe tem uma companheira, que pertence ao agregado familiar
 - Sofreu de maus tratos por parte do pai, que foram desvalorizados pela mãe
 - Tem um irmão dizigótico com Perturbação de Ansiedade Generalizada
- Características do Luis**
 - Não tem amigos
 - Evita expor nas sessões momentos do dia-a-dia sensíveis e/ou com atribuição negativa dele
 - Simpático e sorridente
 - Fácil de comunicar
 - Começou a fumar no início do ano letivo 2023/24 e admite que apenas fuma para se sentir integrado
 - Baixa autoestima e autoconfiança

Fatores de Risco vs. Fatores de Proteção

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<ul style="list-style-type: none"> Parentalidade pautada pela crítica Maus tratos por parte do pai Falecimento do pai Dificuldades na interação social Prematuridade Doenças orgânicas crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> Música Religião Seguimento regular numa equipa multidisciplinar



Avaliação Psicomotora



- Bateria Psicomotora**
- * Tonicidade
 - * Equilíbrio
 - * Lateralidade
 - * Noção do Corpo
 - * Estruturação
 - * Espaço-temporal
 - * Praxia Global
 - * Praxia Fina

- * O homem
- * A mulher
- * Eu

Draw a Person Test



- Behavior Assessment System for Children**
- * Características comportamentais e da personalidade
 - * Próprio, pais e/ou professores

Objetivos

Dominio Psicomotor			
Geral: Desenvolver a capacidade de regulação tónica	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a identificação e o reconhecimento dos estados tónicos - Estimular a tomada de consciência da alteração dos estados tónicos - Fomentar a associação entre a regulação tónica e os estados emocionais 	Geral: Desenvolver a coordenação motora	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de dissociar os movimentos - Estimular a capacidade de planeamento e execução do ato motor
		Geral: Desenvolver a organização espacial	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar as competências proprioceptivas do corpo no espaço

Outros: Desenvolvimento Grafomotor; Desenvolvimento do Equilíbrio

Objetivos

Dominio Cognitivo			
Geral: Desenvolver a noção temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a rechemada de eventos temporais - Estimular a sequencialização de acontecimentos da sessão e da vida diária 	Geral: Desenvolver a flexibilidade cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a capacidade de dar diferentes soluções para um mesmo problema

Objetivos

Dominio Socioemocional			
Geral: Desenvolver a comunicação não verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a expressividade facial, gestual e postural das emoções - Promover a capacidade de interpretar as emoções dos outros, pelas pistas não verbais 	Geral: Desenvolver a autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular os sentimentos de competência e segurança em si mesmo - Fomentar as vivências corporais positivas, criando sentimentos de valorização no desempenho
		Geral: Desenvolver mecanismos de autocontrolo e gestão da frustração	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de se manter numa tarefa, mesmo quando esta apresenta dificuldades - Estimular a diminuição de comportamentos impulsivos

Relação Terapêutica



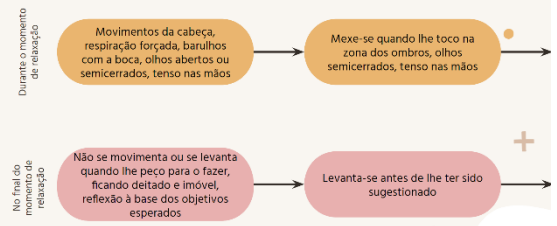
Porquê a relaxação?

- Avaliação**
 - Nos momentos de avaliação o Luis mostrou prazer em fazer este tipo de atividades
- Autocontrolo**
 - Nos momentos de crise o Luis perde o controlo dos pensamentos e do corpo
- Autoconsciência**
 - Para chegar ao autocontrolo deve ter consciência das sensações corporais

Sessão de Psicomotricidade



Progresso terapêutico



Progresso terapêutico



Momento Prático

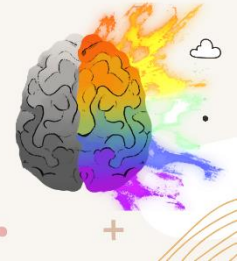
Relaxação Progressiva + Relaxação Psicossensorial

Referências

- Baptista, A. C. F. (2022). *Terapia Psicomotora* no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém. (Tese de Mestrado em Realização Psicomotora). Faculdade de Medicina Humana da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/52924>
- Bento, F. M. B. A. (2004). *Reflexões acerca de um modelo de investigação psicossomática*. (Tese de Mestrado em Psicossomática). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10051/12723>
- Borges, E., & Ferreira, T. D. J. R. (2019). Resiliência: Estratégias de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19(1), 37-42.
- Borges, R. F. N. (2017). *Efeitos das técnicas de relaxação em crianças: uma revisão sistemática* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Filho, P. O. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento*.
- Imaculada, A. M. B. (1980). *Relaxação, psicossomática e autoconsciência*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(1), 431-436.
- Instituto Cognitivo: de diagnóstico e estatística. (2017). *Técnica da Autoconcentração Mental*, retirado a 10 de junho de 2014 de https://www.rgsps.org.br/?page_id=112
- Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2013). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 281-289. <https://doi.org/10.5935/1678-9564.201300020>
- Maximiano, J. (2004). *Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria*. *Portugal: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 26-26.
- Marcionetto, A. M. D., & Roazzi, A. (2015). Autoconsciência, imagens mentais e mediação cognitiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 493-505. <https://doi.org/10.1590/1678-3003.2013.00029>
- Rissari, G. G., & Couty, M. F. (2007). Estudo da aplicação da técnica do relaxamento muscular progressivo do Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Arq Ciênc Saúde*, 14(3), 175-80.
- Tubbs, I. (1956). *Creative Relaxation in Group Work*. Oxfordshire: Speechmark Publishing Ltd.
- Veiga, G. S., & Marmelstein, J. (2016). Neurofisiologia da regulação emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress: Proceedings of the International Seminar*. Évora, Portugal.

Obrigada!

Estagiária: Bárbara Silva
Orientadora: Sara Santos



HFF
HOSPITAL PROFESSOR
TOUTY FERREIRA FONSECA


Departamento de Saúde Mental, Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Orientadora: Sara Santos
Estagiária: Bárbara Silva

U LISBOA

UNIVERSIDADE DE LISBOA


FMH

Anexo C – Apresentação “Intervenção Psicomotora em Saúde Mental no Adulto”, ao núcleo de estágio




Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

Faixa Etária: Adultos



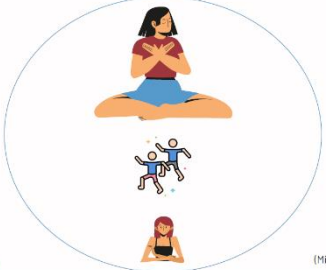
Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

1. Abordagem terapêutica focada na saúde física
2. Abordagem psicossocial
3. Abordagem psicoterapêutica




(Prebst, 2017)

O Campo do Adulto



(Mila, 2019)

O Campo do Adulto



(Mila, 2019)

Intervenção com o adulto

O Adulto
Queixas psicossomáticas, estados de ansiedade e angústia, stress, tiques e distúrbios do sono OU Patologias Médicas

O Psicomotricista
Trabalho da noção corporal, desenvolvendo os conceitos de esquema e imagem corporal


Atividades que estimulam o corpo, a partir do sensorio-motor, do perceptivo-motor e da expressão psicomotora

Intervenção com o adulto

Esquema Corporal
Corpo real no aqui e agora e o seu funcionamento

Imagem Corporal
Vivências, relações e histórias afetivas do corpo

Alterações na imagem corporal são a base da sintomatologia psicossomática



Intervenção com o adulto

Atividade espontânea

Jogo livre

Vivências angustiantes e aumento do tónus de base e de ação

Sensações de exposição e observação por parte do outro

Intervenção com o adulto

Atividade espontânea

Jogo livre

Proposta de atividades que vão sofrendo pequenas variações com o tempo

Intervenção com o adulto

Sala da Psicomotricidade

Linguagem

Espaço livre e amplo, apenas com o material necessário

Evitar a infantilização do adulto

Intervenção com o adulto

- Momento 1** — Pedido de entrevista
- Momento 2** — Primeira entrevista
- Momento 3** — Projeto de intervenção terapêutica e estratégias
- Momento 4** — Primeira sessão
- Momento 5** — Espaço entre as sessões

(Momento 4 e 5 vão se repetindo ao longo do processo terapêutico)

Momento 5 - Espaço entre as sessões



Utente

→ Permite representar e mentalizar o que foi vivido na sessão

Psicomotricista

→ Permite pensar sobre o trabalho feito, criar novas hipóteses e novas estratégias

Referências

- Mila, J. (2019). *A Psicomotricidade e as suas intervenções no Campo Adulto*. (1ª ed.). Corpora Ediciones, Buenos Aires.
- Papandrea, A. (2014). El abordaje psicomotor de adultos. *Revista de Psicomotricidad*
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders, in Huri, M. (1ª ed.). *Occupational therapy-Occupation focused holistic practice in rehabilitation*. (pp. 26-47), IntechOpen.

O Toque no adulto

“Tocar é sempre recíproco”



(Mila, 2019)



Obrigada!

Docente: Professor Doutor Rui Martins
Discente: Bárbara Silva, 24383

Anexo D – Apresentação “Intervenção orientada pelo corpo nos Sintomas Negativos”, ao núcleo de estágio

UNIVERSIDADE DE LISBOA | VNFERIDADE DE LISBOA - FACULDADE DE MOTICIDADE HUMANA
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA - ESTÁGIO
ANO LETIVO 2023/2024

INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NOS SINTOMAS NEGATIVOS

BÁRBARA SILVA, 24-282 | PROFESSOR DOUTOR RUI MARTINS

UNIVERSIDADE DE LISBOA | VNFERIDADE DE LISBOA - FACULDADE DE MOTICIDADE HUMANA
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA - ESTÁGIO
ANO LETIVO 2023/2024

~~INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NOS SINTOMAS NEGATIVOS~~

BÁRBARA SILVA, 24-282 | PROFESSOR DOUTOR RUI MARTINS

UNIVERSIDADE DE LISBOA | VNFERIDADE DE LISBOA - FACULDADE DE MOTICIDADE HUMANA
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA - ESTÁGIO
ANO LETIVO 2023/2024

INTERVENÇÃO ORIENTADA PELO CORPO NOS SINTOMAS NEGATIVOS

BÁRBARA SILVA, 24-282 | PROFESSOR DOUTOR RUI MARTINS

CARACTERÍSTICAS DA PEE

- Declínio das capacidades psicomotoras
- Perda de consciência da própria identidade
- Esquema corporal deteriorado
- Existência de movimentos estereotipados
- Desorganização do pensamento
- Identificação do movimento
- Alterações cognitivas relacionadas com as funções executivas
- Comportamento mais desorganizado
- Redução da participação nas AVD's
- Preocupa do sinais neurológicos leves, implicando dificuldades na coordenação motora, integração sensorial e sequenciação
- Hipertonia
- Comprometimento do planeamento da ação



INTERVENÇÃO NA SINTOMATOLOGIA NEGATIVA



Figure 1. Different body oriented psychotherapy and body therapy schools. (Zoharich, 2008)

TÉRAPIAS DE EMBODIMENT

EMBODIMENT
"Relação recíproca entre a mente e o corpo, na medida em que ambos se influenciam mutuamente" (Teuchaber et al., 2017)

OBJETIVOS

- Melhoria da consciência corporal
- Promoção da expressão emocional
- Estimulação de respostas interpessoais

BODY

MIND

TÉRAPIAS DE EMBODIMENT

EMBODIMENT
"Relação recíproca entre a mente e o corpo, na medida em que ambos se influenciam mutuamente" (Teuchaber et al., 2017)

TOP-DOWN
Processos mentais têm influência no corpo e nas configurações expressas na mente

BOTTOM-UP
As manipulações corporais têm impacto nos estados mentais



TÉRAPIAS DE EMBODIMENT

EMBODIMENT
"Relação recíproca entre a mente e o corpo, na medida em que ambos se influenciam mutuamente" (Teuchaber et al., 2017)

AMBIENTE TERAPÉUTICO
Materiais devem conferir a forma de resolução de problemas e ajudar a estruturar o raciocínio



TÉRAPIAS MIND-BODY

OBJETIVOS

Realizar movimentos lentos que relaxem os músculos, ao mesmo tempo que se faz uma respiração abdominal profunda

- Consciência e conexão entre a mente e o corpo
- Relaxamento
- Sem ecrã

Mindfulness

Tai-Chi

Yoga

TÉRAPIAS MIND-BODY

MINDFULNESS
Forma de consciência das sensações físicas, emoções, sentimentos e pensamentos no momento presente, sem julgamentos

PEE

Como responder à sintomatologia?
Como aceitar a sintomatologia?
Como recuperar o poder do eu?

- Regulação emocional
- Sintomas ansiosos e depressivos
- Motivação
- Autocuidado
- Memória
- Atenção
- Resolução de problemas



TERAPIAS MIND-BODY

TAI-CHI

Realização de movimentos lentos e suaves, coordenados com uma respiração diafragmática, alongamento musculoesquelético, relaxamento e consciência corporal

PEE

- Melhorias na ansiedade, angústia, aversão, isolamento afetivo e isolamento social
- Melhorias no funcionamento psicossocial e nas funções cognitivas
- Melhorias na memória de curto prazo, atenção, coordenação e organização

- Equilíbrio
- Estabilidade postural
- Força
- Flexibilidade
- Qualidade do sono
- Deixamento
- Bem-estar



TERAPIAS MIND-BODY

YOGA

Utilização da mente para modificar o funcionamento físico e promover saúde. Procura eliminar, reduzir ou controlar sintomas que causam sofrimento ao indivíduo

PEE

Promove uma redução de sintomas negativos e efeitos positivos na qualidade de vida

- Níveis de dor
- Pressão arterial
- Frequência respiratória e cardíaca
- Tensão física
- Ansiedade e níveis de stress

- Força
- Flexibilidade
- Postura
- Energia
- Qualidade de sono
- Consciência corporal
- Equilíbrio
- Capacidade de concentração e memória
- Regulação do humor
- Flexibilidade mental e resiliência
- Autoconsciência, autoconfiança, autoestima e autoaceitação



BODY ORIENTED PSYCHOTHERAPY (BOP) VS. PSICOMOTRICIDADE

BOP

ASSOCIAÇÃO EUROPEIA E AMERICANA DE PSICOTERAPIA CORPORAL

"Envolve uma teoria diferente e específica do funcionamento mente-corpo (interação complexa). . . O corpo não significa apenas o "soma" e que este não é separado da mente, o "psique"."

PSICOMOTRICIDADE

FORUM EUROPEU DA PSICOMOTRICIDADE

"Baseado numa visão holística do ser humano, na unidade do corpo e da mente, a psicomotricidade integra as interações cognitivas, emocionais, atitudinais e físicas na capacidade do indivíduo de ser e de agir num contexto psicossocial"

BODY ORIENTED PSYCHOTHERAPY (BOP) VS. PSICOMOTRICIDADE

IDEIAS-CHAVE

1. Importância da experiência corporal
2. Importância das percepções e cognições relacionadas ao corpo
3. Impacto no processamento emocional e nos comportamentos/movimentos psicodinâmicos

- PEE
- Perturbações Somatoformes
- Perturbações de Ansiedade
- Perturbações de Depressão
- Perturbações de Personalidade
- Perturbações Alimentares



BOP E PEE

ESTUDOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

ESTUDO 1

BOP vs. Musicoterapia
Resultados: Melhoria da imagem corporal, aumento significativo do contacto emocional e redução da angústia quando expostos a situações sociais, em ambos os grupos (Moy et al., 1981; Coetzee et al., 1982)

ESTUDO 2

BOP em sessões PJ PEE
Resultados: Melhoria significativa do comportamento social e melhor (Bittner et al., 1974)

ESTUDO 3

BOP vs. Acompanhamento de saúde
Resultados: Redução substancial nos sintomas negativos, melhoramento do comportamento psicomotor, da interação social e da expressão emocional, apenas no grupo BOP (Robichon & Pichot, 2006)

Boa eficácia na diminuição do isolamento social e emocional, declínio psicomotor e autopercepção

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

CORPO E MOVIMENTO

No início da terapia, os movimentos eram descoordenados e sem muita energia, o que mudou para uma diferenciação mais clara do movimento. A sensação de falta de vida e de peso passivo mudou à medida que os pacientes se tornaram capazes de lidar com pesos fortes. No geral, a capacidade dos pacientes de expressar verbalmente as suas sensações corporais melhorou.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

RELACIONAMENTOS

No início os pacientes apresentavam-se de forma bastante passiva e ansiosa, sem interesse em participar dos exercícios em grupo. No final da terapia, tornaram-se mais positivamente envolvidos e começaram a utilizar a lucidez de algumas das intervenções relacionadas com objetos. Apesar de continuar a haver alguma reticência, os pacientes aumentaram a capacidade de se envolverem em relacionamentos, mais especificamente no contacto entre os membros do grupo.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

EMOÇÕES

As principais mudanças ocorreram com uma melhor capacidade de identificar, incorporar e expressar emoções básicas em relação a gostos e desgostos sobre o conteúdo da sessão real.

ESCALA DE SÍNDROME POSITIVA E NEGATIVA (PAPSS)

ESCALA POSITIVA	ESCALA NEGATIVA	PSICOPATOLOGIA GERAL
7 itens	7 itens	16 itens

COTAÇÃO

7 pontos de acordo com o nível de psicopatologia

- Soma das classificações dos itens

ANÁLISE

- Entrevista clínica formal
- Informações dos familiares
- Informações da equipa

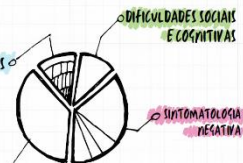
GRUPO COME\$O

Objetivos da EM:

- Autonomizar ao máximo cada paciente
- Diminuir os sintomas negativos
- Desenvolver as funções cognitivas, como a memória e a atenção
- Desenvolver as funções executivas necessárias para poderem desempenhar uma atividade laboral
- Promover as competências sociais e as capacidades de comunicação

DOENTES PSICÓTICOS

POUCA ATIVIDADE OCUPACIONAL



PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA LIFE HOSPITAL

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). (2013). Seção II: critérios, especificações e códigos, In Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5 (pp. 87-114). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). (2013). What is schizophrenia? História e o diagnóstico de DSM-5 de <http://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>.
- American Association for Body Psychotherapy (A.A.B.), European Association for Body Psychotherapy (EABP) Histórico a 7 de Novembro de 2022 de <http://aaabp.org/>
- Antonucci, R., Tomadello, G., Mei, M. P., Antonucci-Mazzoni, R., & Scudiero, M. M. (2022). "How does body work in schizophrenia assessment". *Current Psychiatry Reports*, 24(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1119-4>
- Bifulco, R., & Priebe, S. (2010). Health benefits of Tai Chi when in the elderly. *Canadian Family Physician*, 66(11), 861-866.
- Chan, J., Lee, K. H., M., Tong, C. Y., Lee, J. Z., Ho, J. M. (2014). Therapeutic potentials of Mind-body interventions for psychosis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 177-188. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318291c474>
- Kandelman, G. (2013). Mindfulness as a practice of the recovery. In 2013 de <http://www.recovery.org.uk/>
- Kanner, M., Shapiro, J. W., & Seiler, M. P. (1974). Movement and dress therapy with computer schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 47(1), 105-110.
- Kirschner, P. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A critical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 130-136. <https://doi.org/10.1080/17432890802372323>
- Kirschner, P., & Priebe, S. (2006). Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36, 1081-1091. <https://doi.org/10.1017/S0033291806003741>
- Kirschner, P., Papageorgiou, P., Shinkai, I., & Priebe, S. (2009). Biomechanics, body awareness, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 62(1), 10-19. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>
- Kirschner, P., Kersch, B., & Priebe, S. (2017). Mindfulness and schizophrenia: a review of implications and applications. *Schizophrenia Bulletin*, 43(4), 1263-1272. <https://doi.org/10.1093/schbul/kbx022>
- United States Association for Body Psychotherapy (A.A.B.). (2022). *How*. Histórico a 7 de Novembro de 2022 de <https://aaabp.org/>
- Nishi, T., Yamamoto, S., Ito, T., & Lee, M. T. (2017). Integrative Holistic Approach (IHA) practice for schizophrenia: an evidence literature review on randomized controlled trials. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s12207-017-0740-5>
- Nishi, T., & Nishi, M. (2018). Mindfulness research – building bridges to evidence-based clinical practice. *Advances in Psychotherapy*, 113-124. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92489-5_5



Anexo E – Apresentação Estudo de Caso I, ao núcleo de estágio

Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana
Reabilitação Psicomotora – Área de especialização de aprofundamento de competências profissionais
2023/2024

Apresentação do Estudo de Caso L.

Discente: Bárbara Silva, 24383 | Docente: Professor Doutor Rui Martins

Olá! Eu sou o L. e tenho 15 anos

Estou no Curso técnico de Produção de tecnologia de música na Escola De Recuperação do Património de Sintra

Vivo com a minha mãe, a sua namorada e o meu irmão gémeo

As coisas que eu mais gosto de fazer é produzir música e ir aos escuteiros

Motivos de Encaminhamento

Consulta de Enfermagem de Pedopsiquiatria - Mãe

Maior expressão das dificuldades cognitivas	Heterossexualidade física e verbal durante alguns episódios
Diminuição do rendimento académico	Mendigações
Dificuldade em dormir	Oscilação de humor
Recusa em estar na sala de aula	Menos investido no autocuidado
Confabulações	Encoprese aparece aos 14 anos

Anamnese

Processo Clínico do L.

Período Natal

- Gravidez por Fertilização in vitro
- Parto prematuro de 34 semanas

História Clínica

- Vários internamentos no 1º ano de vida, por questões respiratórias
- Malformação na base do crânio, cervical e ouvido
- Seguido em Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia no HDE
- Operação ao pé bato esquerdo em junho de 2023
- Síndrome de Duane tipo 1, miopia e astigmatismo
- Seguido em Nefrologia no HFF
- Enurese e Encoprese

Anamnese

Processo Clínico do L.

História familiar

- A mãe é TO e conheceu o pai no trabalho
- A mãe tem uma namorada
- O pai morreu no início de 2022
- O pai era paraplégico
- Sofreu de maus tratos por parte do pai, que foram desvalorizados pela mãe
- Tem um irmão dizigótico com Perturbação de Ansiedade Generalizada

Interesses

- Produção de música
- Atividades motoras
- Escuteiros
- Religião
- Lê livros de aventura

Anamnese

Processo Clínico do L.

Características do L.

- Não tem muitos amigos (2 na EE na escola antiga)
- Evita expor nas sessões momentos do dia-a-dia sensíveis e/ou graves
- Simpático e sorridente
- Fácil de comunicar
- Carente nas relações
- Começou a fumar no início do ano letivo 2023/24, mas parou em janeiro de 2024

Rotinas

- Anda de transportes sozinho
- Resiste em tomar banho, não gosta do cheiro do champô
- Gosta do cheiro do perfume e do desodorizante
- Cozinha sozinho com orientação, mas desiste facilmente

Anamnese

Processo Clínico do L.

Encoprese aparece em setembro de 2022

Há um aumento de disrupção na escola

Negação por parte do L.

Perfil cognitivo heterogêneo

Dificuldade em perceber se existem dificuldades cognitivas

Avaliações psicológicas passadas

Anamnese

Processo Clínico do L.

Hiperatividade

Pouco aderentes à terapêutica

Mãe e Madrasta

Poucos afetos (verbais e físicos)

Muita atenção negativa

Diagnóstico

1º Diagnóstico
Pedopsiquiatria no privado, desde os 7 anos

- PHDA
- Depressão
- Perturbação da Ansiedade + Perturbação do Comportamento

2º Diagnóstico
Pedopsiquiatria no HFF

- Diagnóstico de Perturbação do humor (afetivo), sem outra especificação (segundo ICD-9 CM)

Apenas existe registo da Avaliação Psicomotora, que começou em outubro e não está terminada

Caminho Terapêutico no HFF

Processo Clínico do L.

1ª consulta Enf - Pedopsiq HFF: 22/12/2022

1ª consulta Pedopsiq HFF: 31/01/2023

1ª consulta Nefrologia HFF: 01/03/2023

1ª avaliação PM + TO HFF: 26/06/2023

Consultas PM HFF (sem mim): 24/08/2023, 26/09/2023, 17/10/2023

Consultas PM HFF (comigo): 31/10/2023, 14/11/2023, 28/11/2023

Perfil-intraindividual

Por observação e conversa com a Psicometrista

	Psicomotor	Cognitivo	Socioemocional
Áreas fortes	- Estruturação rítmica	- Criatividade - Comunicação verbal	- Motivação e interesse em aprender - Colaboração na realização das atividades propostas
Áreas a desenvolver	- Dificuldades na dissociação de movimentos - Dificuldades na coordenação dos movimentos - Dificuldades e incongruência entre a comunicação verbal e a comunicação não verbal - Estado de hipertonicidade	- Dificuldade na percepção temporal	- Dificuldade em lidar com a frustração - Dificuldades em controlar os impulsos - Autoestima baixa - Dificuldades em ser recíproco com o outro, quando está entusiasmado - Desiste com alguma facilidade das atividades


Fatores de Risco vs. Fatores de Proteção

Fatores de Risco

- Parentalidade Autoritária
- Maus tratos por parte do pai
- Falecimento do pai
- Dificuldades na interação social
- Isolamento social
- Prematuridade
- Doenças orgânicas crônicas

Fatores de Proteção

- Música
- Escoteiros
- Religião



Hipóteses explicativas

Maus tratos infantis vs. PHA



Association between trauma exposure and mood trajectories in patients with mood disorders

Wang, Q., et al. Journal of Affective Disorders, 2021



Adult mood disorders and childhood psychological trauma

Marin, Lucinda Scherer Zemanek, Maria Eliza Gross, Marco Selti Romagnoli, Victor Martins, Denise Winkler Simões Pinho, Rafael Travençolo de Carvalho, Luis Augusto Rohde, Cláudio Lobo Strick

Existe uma associação entre a exposição a eventos traumáticos na infância e a presença de perturbações de humor (50,2%)

Hipóteses explicativas

Isolamento Social vs. Saúde Mental Infantil

Crianças com doenças mentais são especialmente vulneráveis durante o período de quarentena

As principais causas para este deterioramento é o isolamento social e a inexistência de uma ocupação diversificada

Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review

Shahmoradian, A. K., Jones, D. B., et al. Journal of Affective Disorders, 2021

Hipóteses explicativas


Práticas Parentais vs. Saúde Mental Infantil

A Relação entre as Práticas Educativas Parentais e a Autoestima da Criança

Luiza de Nascimento Schiavone, Gabriela Guarnier de Aguiar, et al.

Práticas Parentais Negativas

- Padrões de competência social
- Internalização
- Externalização
- Comportamentos de risco

Práticas Parentais Negativas  Baixos níveis de Autoestima

Monitoria negativa - instruções repetitivas e fiscalização stressante, que geram sentimentos de insegurança, agressividade e dissimulações

Hipóteses explicativas

Parentalidade Autoritária vs. Desenvolvimento Infantil

Parentalidade Autoritária - Parentalidade muito exigente e pouco responsiva

- Estratégias educacionais pouco afetivas
- Pouco apoio parental nos problemas emocionais
- Pouco uso do reforço positivo
- Grande uso da punição e crítica

Níveis de autoestima e autoconceito baixos

Desajustamento social e emocional

Níveis de ansiedade e depressão altos

Comportamentos inadequados, como a mentira

Elevados níveis de stress

Jovens sentem-se diminuídos, vigiados e criticados

Objetivos

Por observação

Domínio Psicomotor			
Geral: Desenvolver a capacidade de regulação tônica	- Promover a identificação e o reconhecimento dos estados tônicos - Estimular a tomada de consciência da alteração dos estados tônicos - Fomentar a associação entre a regulação tônica e os estados emocionais	Geral: Desenvolver a coordenação motora	- Promover a capacidade de dissociar os movimentos - Estimular a capacidade de planejamento e execução do ato motor
		Geral: Desenvolver a organização espacial	- Melhorar as competências proprioceptivas do corpo no espaço

Outros: Desenvolvimento Grafomotor, Desenvolvimento do Equilíbrio

Objetivos

Por observação

Domínio Cognitivo			
Geral: Desenvolver a noção temporal	- Promover a rechamada de eventos temporais - Estimular a sequencialização de acontecimentos da sessão e da vida diária	Geral: Desenvolver a flexibilidade cognitiva	- Fomentar a capacidade de dar diferentes soluções para um mesmo problema

Objetivos

Por observação

Domínio Socioemocional					
Geral: Desenvolver a comunicação não verbal	- Melhorar a expressividade facial, gestual e postural das emoções - Promover a capacidade de interpretar as emoções dos outros, pelas pistas não verbais	Geral: Desenvolver a autoestima	- Estimular os sentimentos de competência e segurança em si mesmo - Fomentar as vivências corporais positivas, criando sentimentos de valorização no desempenho	Geral: Desenvolver mecanismos de autocontrole e gestão da frustração	- Promover a capacidade de se manter numa tarefa, mesmo quando esta apresenta dificuldades - Estimular a diminuição de comportamentos impulsivos

Projeto Pedagógico-Terapêutico



Recursos

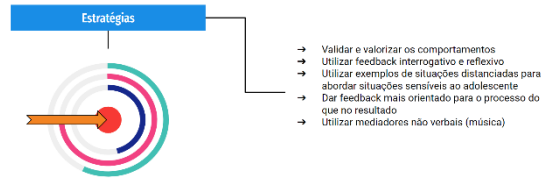


- Nº de sessões de PM até à data: 6
- Nº de sessões de PM previstas: 20-22
- Sessões semanais, com duração entre 45 a 50 minutos
- As sessões de Psiquiatria e de PM ocorrem no Centro de Saúde de Queluz

Projeto Pedagógico-Terapêutico



Projeto Pedagógico-Terapêutico



Sessão Psicomotricidade 28/11

Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Diálogo inicial	- Como correu a semana? - Há alguma novidade que queira contar? - Jogo do Popeye	- Ativar o corpo para a sessão - Estimular a coordenação motora	
Desenvolvimento	- Em círculo, Ir passando a bola para o colega do lado. Quando for dito STOP, quem ficar com a bola na mão deve fazer uma consequência dita pelo terapeuta. De STOP a última pessoa que ficou com a bola na mão. - Música através das cores - Numa folha branca, o utente e o terapeuta, devem fazer uma sequência de cores que irá representar uma música. Devem procurar por objetos na sala com essas cores e testar quais as possibilidades de sons destes objetos. O utente deve realizar uma sequência de sons correspondente à sequência de cores antes criada. Tentar reproduzir a sequência de sons sem ver a sequência de cores. - Ativar algumas cores ao utente e outras ao terapeuta e cada um apenas pode realizar o som com o objeto quando for a sua vez.	- Estimular a memória, a coordenação, a atenção e o ritmo - Promover a capacidade de escuta - Fomentar a autorregulação - Fomentar o controlo de impulsos	Bola, folha branca, lápis e/ou canetas, materiais coloridos

Sessão Psicomotricidade 28/11

Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Diálogo inicial	- Conversa entre as atividades sobre o que foi feito e quais as estratégias que utilizou para realizar a atividade	- Melhorar a interpretação das vivências corporais - Fomentar o transfer das atividades feitas em sessão para o quotidiano	
Integração	- Reflexão sobre em que atividades de sua vida pode utilizar o que fez em sessão - Conversa final sobre como se sente no fim da sessão - Pedir que faça uma música (canta, máximo 1 minuto) sobre como se sentiu na sessão		
Momento final	- Atividade proposta pela criança	- Estimular a criatividade	

Reflexão



Referências

- Fonseca, V. (2021). Manual de Observação Psicomotora – Significação Neuropsicológica dos seus Fatores. Ancora Editora, Lisboa.
- Jaworska-Andryszevska, P., & Rybakowski, J. K. (2019). Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacological Reports*, 71(1), 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2018.10.004>
- Jones, E., A. Mita, A. K., & Bhayron, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- Schapius, S. L., & Tom, C. G. D. S. (2022). Práticas educacionais parentais como preditoras de capacidades e dificuldades na infância. *Revista PsicofAE, Pluralidades em Saúde Mental*, 11(2), 81-93.
- Schwartz, L. D. N., & Tom, C. G. D. S. (2019). A relação entre as práticas educacionais parentais e a autoestima da criança. *Pensando famílias*, 23(2), 147-161.
- Tom, C. G. D. S., & de Mulos Silveiras, E. F. (2013). Práticas educacionais parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: Um modelo preditivo. *Psicologia Argumento*, 31(74). <https://doi.org/10.7213/psicologia-argum.31.074.4061>
- Yentimigila, I., Van der Walt, A. S. J., Kidd, M., & Seedat, S. (2020). Association between trauma exposure and mood trajectories in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 262, 237-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.057>
- Ye, J. (2020). Pediatric mental and behavioral health in the period of quarantine and social distancing with COVID-19. *JAMA pediatrics and parenting*, 3(2), 19867. <https://doi.org/10.2156/19867>
- Zavaschi, M. I. S., Graeff, M. F., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W. S., Carvalho, R. H. D., ... & Firzik, C. I. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 184-190. <https://doi.org/10.1596/S1516-4445200601000008>
- Aunola, K., Smith, H., & Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of adolescence*, 23(2), 205-222. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0309>
- Jurk, A. P., & Lipp, M. E. N. (2010). A infância do estilo parental no stress do adolescente. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30(78), 363-378.

Anexo F – Apresentação Estudo de Caso II, ao núcleo de estágio

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Reabilitação Psicomotora – Área de especialização de aprofundamento de competências profissionais
2023/2024

Apresentação do Estudo de Caso D.

Docente: Prof. Dr. Rui Martins
Discente: Bárbara Silva

Motivos de Encaminhamento

- Alterações comportamentais de agravamento progressivo
- Diminuição significativa do autocuidado
- Expressão facial estranha
- Monólogos e Risos imotivados
- Medo que lhe tocassem no corpo
- Episódios de agressividade com familiares
- Deixou de reconhecer a mãe
- Insalubridade do domicílio

Anamnese

História Pessoal

- Apenas teve o seu processo de legalização da nacionalidade aos 16 anos
- Nasceu em Portugal e tem dupla nacionalidade cabo-verdiana
- Tem vontade de voltar a jogar futebol e de trabalhar numa pizzaria
- Tem o 10º ano incompleto e chumbou no 5º ano
- Atualmente está desempregado, mas era jogador de futebol profissional
- Vive com o pai numa casa eletrorizada, toma banho na casa da tia, dorme num colchão no chão na mesma divisão que o pai
- Têm comida por ajudas que lhes dão
- Os pais estão separados. Mãe vive em Sines com 2 irmãos e pai vive na Amadora
- Corrosme cerca de 20 cigarros por dia
- Tem uma tia paterna que vive perto e que o apoia

Anamnese

História Clínica

- Sífilis, com massa cervical, em 2019
- Internamento involuntário no Hospital de Setúbal em junho de 2021
- Sono e appetite estrênis
- Pouco autocuidado
- Discurso vago e concreto
- Características do D.
- Hipertensão
- Afectos não totalmente embotados

Antecedentes Familiares

- Pai com Perturbação de consumo de substâncias
- Primo afastado com Esquizofrenia
- Tia materna com depressão

Diagnóstico

Esquizofrenia Paranóide
No internamento do Hospital de Setúbal

Psicose s/ outra especificação, não devida a substâncias ou outra perturbação psicológica conhecida
Na intervenção no HFF, a partir de 17/10/2023

Esquizofrenia s/ outra especificação
Na intervenção no HFF, a partir de 23/04/2024

Caminho Terapêutico no HFF

- 1ª Consulta de Enfermagem: 15/09/2023
- 1ª Consulta de Psiquiatria: 17/10/2023
- 1ª Consulta de PM: 23/11/2023
- Consulta de PM (sem mim): 27/11/2023 / 23/02/2024
- 1ª Sessão Grupo Come&Go (comigo): 26/02/2024

Avaliação inicial

Escala Motora Breve (EMoB)

- Alterações na coordenação motora, especialmente em movimentos que exigem controlo motor e dissociação de movimentos
- Dificuldade em completar o movimento pronação-supinação de forma harmoniosa e regulada

Pronação-Supinação	3
Diadococinésias	2
Oserezky	1
Tamborilar	2
Bater o pé	1
Punho-Anel	1
Punho-Lado-Palma	2
Estruturação Rítmica	1
Ritmo de Balimento Bilateral	1
Persistência da fixação do olhar	0

Avaliação inicial

Greija de Observação do Comportamento (GOC)

- A postura do D. foi maioritariamente ansiosa e Inibida, por ainda estar na fase de integração ao grupo. Contudo sempre se mostrou cooperante e motivado em participar nas atividades.
- O D. tem alguma dificuldade em aderir à tarefa ou dar sugestões de forma espontânea, necessitando de um estímulo por parte da terapêuta.
- O D. apresenta capacidades atencionais, mas parecia que estava mais disperso na sua integração do grupo, mostrando, também, dificuldades em planejar a execução das tarefas.
- Ao nível de comunicação verbal, o D. apresenta algumas dificuldades em compreender instruções simples e muitas dificuldades em compreender instruções complexas, sem apoio. Não apresenta fluidez e clareza no discurso.
- Ao nível de comunicação não verbal, o D. apresenta uma postura aberta, mas não totalmente receptiva, por ser novo no grupo e ainda não ser um espaço onde se sente confortável.
- Relativamente à gestão da frustração, embora não tenham havido muitas situações onde teve de lidar com esta, reage de forma adequada quando tem dificuldades nas atividades.
- O D. apresenta bastantes dificuldades de memória tanto na de trabalho como na de longo prazo, tendo dificuldade em descrever as atividades realizadas no final da sessão e, também, em recordar e explicar as atividades da sessão anterior.
- Na relação com o terapeuta e com os pares, o D. não apresenta o embotamento social esperado da perturbação que tem, dirigindo o seu olhar ao outro e sorrindo de forma espontânea e adequada.
- O D. apresenta identificação nas respostas verbais, maioritariamente, e motoras.

Perfil Intraindividual

	Domínio Psicomotor	Domínio Cognitivo	Domínio Socioemocional
Áreas Fortes	- Equilíbrio	- Atenção	- Gestão da frustração - Comunicação não verbal
Áreas a desenvolver	- Identificação motora - Coordenação motora - Consciência e Regulação tónica - Esquema corporal	- Memória de trabalho - Memória de longo prazo - Planeamento e execução de tarefas - Flexibilidade Cognitiva	- Relações interpessoais - Comunicação verbal - Autonomia

Projeto Pedagógico-Terapêutico



Sessão Grupo Come&Go (26/02/2023)

Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Integração	<ul style="list-style-type: none"> Conversa depois de cada atividade: sobre como se sentiram e o que foi mais fácil ou difícil de realizar Conversa final sobre como se sentiram ao longo da sessão, perguntando o que levam das atividades para a vida diária 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a interpretação das vivências corporais Fomentar o transfer das atividades feitas em sessão para o quotidiano 	
Momento Final	<ul style="list-style-type: none"> Espreitar, esticar o corpo, alongar os músculos (peda que tentem tocar no teto e que tentem tocar no chão) 	<ul style="list-style-type: none"> Relaxar o corpo e prepará-lo para o resto do dia Promover a noção da eretibilidade dos limites corporais, através do alongamento 	

Sessão Grupo Come&Go (26/02/2023)


Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Diálogo inicial	<ul style="list-style-type: none"> Como é que se sentem? Como correu a semana? O que foi feito na sessão anterior? Passa a mensagem <ul style="list-style-type: none"> Em fila, os utentes devem ficar de costas uns para os outros. O primeiro da fila deve pensar num movimento e passá-lo para a pessoa que se encontra à sua frente e assim sucessivamente. Depois, a última pessoa da fila vai para o início da fila e voltam a pagar movimento. Legendar a mesma atividade, mas com uma sequência de 3 movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a expressão verbal Estimular a memória de longo prazo Estimular a atenção e a memória de trabalho Estimular a interação com o outro Promover a comunicação (do verbal) Promover a capacidade de iniciativa 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Sequências de ritmos <ul style="list-style-type: none"> Cada utente faz uma sequência de batimentos com o bater as mãos e/ou os pés. As sequências são repetidas por todos. Cada utente recebe uma folha e um lápis. É criado um código que representa o batimento das mãos e do pé (p.e.g. bola - mãos, quadrado - pé). Cada utente controla uma sequência com o máximo de elementos. As folhas são misturadas e cada utente tira uma e deve tentar representar com o corpo a sequência que lhe calhou. Todos devem repetir a sequência. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a coordenação e sequencialização motora Estimular a capacidade de interpretar e psicopatizar simbolicamente 	Folhas brancas e lápis

Referências

- Amara, A. S. D. (2012). Fatores de Risco Ambientais na Esquizofrenia. (Tese de Mestrado Integrado em Medicina, na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental).
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Seção II: critérios, diagnósticos e códigos. In Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5 (pp. 87-154). Porto Alegre: Artmed.
- Baradas, A. C. P. (2023). As causas da esquizofrenia e opções terapêuticas (tese de Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas). <http://hdl.handle.net/10447/39847>
- Garché, L., Legesse, B., Tayeb, S., Murray, L., Pilca, B. (2018). Neurosyphilis in psychiatric practice: a case-based discussion of clinical evaluation and diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.05.002>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barallobos-Costa, B., & Tadden, G. (2008). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos técnicos à situação em Portugal. *Acta medica portuguesa*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.20344/ama31>
- Hemmelink, F. S. R., Aerts, M. A. V. (2017). Neurosyphilis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 37(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/ane.12719>
- Miel, J. J., & Leffler, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 15-17.
- Pinho, L. G. D., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. D. L. (2017). Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(1), 33-38.
- Santos, A. (2017). A new challenge for public health systems. *DIVERSITAS International Journal*, 9(2).
- Silva, P. F., Oliveira, H. W., de Sousa, L. C., & Fogaça, F. F. S. (2012). Esquizofrenia: aspectos etiológicos, fatores de risco associados e os impactos na educação de ensino superior. *Humanidades & Inovação*, 3(1), 241-250.
- Sousa, D. A. A. (2013). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia (Universidade de Aveiro (Portugal)).
- Valada Filho, H. P., & Samala, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 2-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000100002>

Anexo G – Apresentação Caso MF, ao núcleo de estágio


U LISBOA | UNIVERSIDADE DE LISBOA | Universidade de Lisboa - Faculdade de Matricidade Humana
Reabilitação Psicomotora – Área de especialização de aprofundamento de competências profissionais 2023/2024



Apresentação do Estudo de Caso M.

Docente: Prof. Dr. Rui Martins
Discente: Bárbara Silva

Estudo de Caso M. **Apresentação**



Olá! Sou a M. e tenho 20 anos.

Em junho de 2023, comecei um curso online de Secretariado do IEPF

Vivo com a minha mãe, o meu pai e com o meu irmão mais velho e tenho uma irmã mais velha

Gosto de moda e de jogos de computador

Estudo de Caso M. **Motivos de Encaminhamento**

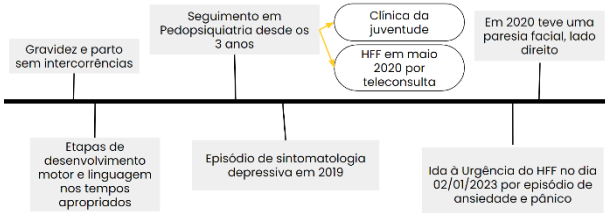
Ansiiedade + Ataques de Pânico

Impacto funcional e evitamento



Estudo de Caso M. **Anamnese**

História Clínica



Gravidez e parto sem intercorrências

Seguimento em Pedopsiquiatria desde os 3 anos

Clinica da juventude

HFF em maio 2020 por teleconsulta

Em 2020 teve uma paresia facial, lado direito

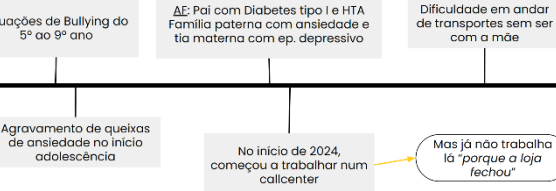
Etapas de desenvolvimento motor e linguagem nos tempos apropriados

Episódio de sintomatologia depressiva em 2019

Ida à Urgência do HFF no dia 02/01/2023 por episódio de ansiedade e pânico

Estudo de Caso M. **Anamnese**

História Pessoal



Situações de Bullying do 5º ao 9º ano

AE: Pai com Diabetes tipo I e HTA
Família paterna com ansiedade e tia materna com ep. depressivo

Dificuldade em andar de transportes sem ser com a mãe

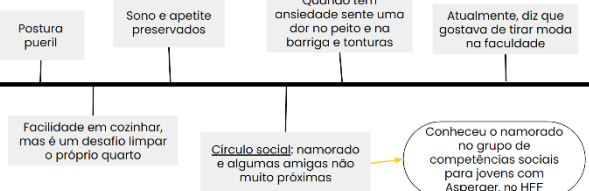
Agravamento de queixas de ansiedade no início da adolescência

No início de 2024, começou a trabalhar num callcenter

Mas já não trabalha lá "porque a loja fechou"

Estudo de Caso M. **Anamnese**

Características da M.



Postura pueril

Sono e apetite preservados

Quando tem ansiedade sente uma dor no peito e na barriga e tonturas

Atualmente, diz que gostava de tirar moda na faculdade

Facilidade em cozinhar, mas é um desafio limpar o próprio quarto

Círculo social: namorado e algumas amigas não muito próximas

Conheceu o namorado no grupo de competências sociais para jovens com Asperger, no HFF

Estudo de Caso M. **Anamnese**

Diagnóstico

Pedopsiquiatria HFF

Motivos de Encaminhamento: sintomatologia ansiosa e défice de atenção

- Síndrome de Asperger
- Perturbação Generalizada da Ansiedade

Psiquiatria HFF

- Agorafobia com Perturbação de pânico
- Síndrome de Asperger
- Episódios paroxísticos

Estudo de Caso M. **Avaliação Inicial**

SCL-90

1 - Somatizações
2 - Obsessão-compulsão
3 - Sensibilidade Interpessoal
4 - Depressão
5 - Ansiedade
6 - Hostilidade
7 - Ansiedade Fóbica
8 - Ideação Paranoide
9 - Psicoticismo
10 - GSI



Resultados SCL-90 M.

Subescala	Resultado
1	2,25
2	1,80
3	2,00
4	2,00
5	2,30
6	1,50
7	4,00
8	0,50
9	0,50
10	2,25

Estudo de Caso M. **Avaliação Inicial**

MAIA

→ Não se distrair: tendência para não ignorar ou não se distrair de sensações de dor ou desconforto

→ Não se preocupar: tendência para não se preocupar com sensações de dor ou desconforto

→ Confiar: experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança

Subescalas	Resultado
Notar	5,00
Não se Distrair	1,25
Não se Preocupar	0,50
Regulação Atencional	2,57
Consciência Emocional	4,80
Autorregulação	2,71
Confiar	1,67

Estudo de Caso M. **Avaliação Inicial**

STAI

→ "Eu sou feliz" (Y-2)

	STAI Y-1	STAI Y-2
Total	58	
Média	38,2	
Desvio Padrão	10,8	

Mínimo: 20
Máximo: 80

Estudo de Caso M. Avaliação Inicial

HFDT

- "Cabelo Despenteado"
- "Borbulhas"
- "Cara neutra"
- "Muito magrinha"
- "Muito alta"

Roupa omíssa

Mãos omíssa

Relembrar as características

Braços e pernas juntos ao corpo

Estudo de Caso M. Avaliação Inicial

HFDT

- "Não sei desenhar o corpo de um homem"
- "Os homens parecem sempre felizes, mais tranquilos"

Existência de umbigo

Mãos omíssa

Existência de nariz

Braços e pernas juntos ao corpo

Estudo de Caso M. Perfil Intraindividual

Áreas Fortes

- Esquema corporal
- Capacidade cognitiva dentro da normalidade, na sua generalidade
- Motivação e interesse no projeto terapêutico

Áreas a Desenvolver

- Desregulação tónica
- Equilíbrio
- Imagem corporal
- Regulação da sintomatologia ansiosa
- Autoestima
- Autoconfiança
- Autocuidado
- Regulação emocional
- Relações interpessoais (traços dependentes)

Psicomotor

Cognitivo

Socioemocional

Estudo de Caso M. Fatores de Risco e Proteção

Fatores de Risco

- Relação fusional com a mãe
- Antecedentes familiares
- Bullying na escola
- Síndrome de Asperger
- Isolamento social

Fatores de Proteção

- Relação com o namorado
- Relação com a irmã
- Disponibilidade da família ao tratamento
- Capacidade de mentalização (potencial terapêutico)

Estudo de Caso M. Hipóteses Explicativas

Estudo de Caso M. Hipóteses Explicativas

Relação fusional com a mãe

Individualisation: From Fusion to Dialogue
USARIC & COFFY, 2015
 Psychological Services Centre, University of Southampton, Centre, Southampton.

Os indivíduos vêm o outro como essencial para a sua própria sobrevivência e a fronteira entre o eu e o outro é indistinta

About the Symbiosis Mother-Child in Adults: Discussion on the Endotherapy Taboo
Giuliana Galli Carminati^{1,2} & Federica Carminati^{1,2}

The Influence of Mothers on the Development of Their Daughter's Eating Disorders: An Integrative Review

- ♦ A relação fusional com a figura materna pode se tornar conflituosa, pois implica um padrão extremo de dependência emocional mútua.
- ♦ A percepção dos filhos sobre os comportamentos maternos desempenha um papel importante no desenvolvimento de sintomas de insatisfação corporal.

Estudo de Caso M. Hipóteses Explicativas

Antecedentes familiares

- ♦ A herdabilidade para Agorafobia é de 61%, sendo a fobia que tem uma associação mais forte e mais específica com o fator genético que representa a predisposição a fobias.
- ♦ Acredita-se que múltiplos genes confiram vulnerabilidade à Perturbação de Pânico. No entanto, os genes exatos ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos.

Estudo de Caso M. Hipóteses Explicativas

Bullying na escola

Do Bullied Children Become Anxious and Depressed Adults?
A Cross-Sectional Investigation of the Correlates of Bullying and Anxious Depression
Gianna L. Cidolone, PhD; Brett Gordon B. Parker, PhD; Jodi P. Ralston, PhD; G. X. Ma, Ed. D.; Sara P. Kelly, PhD

Bullying e Aspectos Psicossociais: Estudo Bibliométrico
ANSIEDADE SOCIAL NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO: UM CONTRIBUTO
A influência das experiências de bullying, dos estilos de coping e das estratégias de regulação emocional
 ANA RAQUEL FERREIRA AZEVEDA

- ♦ A exposição ao bullying é um preditor para ansiedade social e agorafobia por desencadear altos índices de ansiedade.
- ♦ A experiência de bullying infantil está fortemente relacionada com altos níveis de ansiedade, tanto em termos de maiores níveis de ansiedade-estado como de maior prevalência de fobia social e agorafobia.
- ♦ Independentemente de outros fatores de risco na infância, a exposição ao bullying foi especialmente preditiva de níveis mais elevados de ansiedade geral e da tendência de expressar externamente excitação ansiosa quando sob estresse.

Estudo de Caso M. Objetivos

Psicomotor			
Geral: Desenvolver a regulação tónica	- Estimular o reconhecimento o e a consciencialização da alteração dos estados tónicos - Associar os estados tónicos aos estados das emoções	Geral: Desenvolver o esquema corporal	- Promover a consciência corporal tátil e proprioceptiva
		Geral: Promover a regulação dos sintomas fisiológicos da ansiedade	- Promover a capacidade autorregulatória e autoconcentração relativamente ao tónus e respiração - Promover a capacidade de se concentrar no momento presente

Síndrome de Asperger

As dificuldades do diagnóstico precoce da Síndrome de Asperger e seus impactos psicossociais na vida do paciente
Difficulties in the early diagnosis of Asperger Syndrome and its psychosocial impacts on the patient's life
 Sintomas e sinais otoneurológicos na síndrome de pânico e na agorafobia / Otoneurolological symptoms and signs in panic disorder and agoraphobia
Sergio Luiz Arevalo Castro, Fátima Paula Arevalo de Lima, Sarmiza-Bianchi-Menezes, Caroline Ribeiro Brito

Síndrome de Asperger em paciente adulto: um estudo de caso
 Manuela Borges¹; Helene Shinohara^{1†}

- ♦ "É muito comum o paciente com Asperger apresentar sintomas de ansiedade, depressão (...)"
- ♦ Adultos com Síndrome do Asperger costumam ter, como comorbidade, um diagnóstico de Ansiedade Social e/ou Depressão.
- ♦ Um estudo mostrou que existe relação entre a Agorafobia e a hipersensibilidade auditiva e vestibular.
- ♦ Embora poucos, existem, também, alguns estudos que explicam a relação entre ataques de pânico e a Síndrome de Asperger

Estudo de Caso M. Objetivos

Cognitivo	
Geral: Desenvolver a capacidade de mentalização	- Melhorar a capacidade de tomar decisões face a um objeto externo - Estimular a criatividade das respostas

Estudo de Caso M.

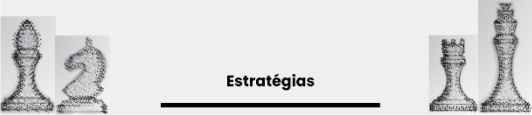
Objetivos

Socioemocional			
Geral: Desenvolver a imagem corporal e a autoestima	- Estimular a capacidade de distinguir o corpo real, foca ao corpo imaginado - Estimular a componente afetiva da imagem corporal	Geral: Desenvolver sentimentos de competência e autonomia	- Fomentar a capacidade de estabelecer objetivos realistas - Fomentar a consciência dos limites de ação



Estudo de Caso M.

Projeto Pedagógico-Terapêutico



- Realizar atividades que provoquem sentimentos de competência, prazer e de agentividade sobre o meio
- Nas sessões começar com algo que é mais concreto e ir passando para o mais simbólico
- Procurar reinventar formas de agir, quebrando os padrões comportamentais habituais e flexibilizando as respostas
- Realizar atividades que vão de encontro aos gostos da utente



Estudo de Caso M.

Referências

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Seção II: critérios, diagnósticos e códigos, in Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (pp. 87-184). Porto Alegre: Artmed.
- Azeiteiro, A. R. F. (2008). Ansiedade social no contexto universitário: um contributo. A influência das experiências de bullying, dos estilos de coping e das estratégias de regulação emocional. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica no ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga.
- Borges, Mariana, & Shinohara, Yaelene. (2007). Síndrome de Asperger em paciente adulta: um estudo de caso. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 3(1), 41-48.
- Carminati, G. G., & Carminati, F. (2020). About the symbiotic mother-child in adults: Discussion on the endotherapy taboo. Psychology, 11(5), 1897-1900. <https://doi.org/10.4236/psyc.2020.110507>
- Ferreira, I. M. S., Souza, A. P. I. D., Azeiteiro, I. D. S., Leonidas, C., Santos, M. A. D., & Pessa, R. P. (2022). The influence of mothers on the development of their daughter's eating disorders: An integrative review. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 48, 168-177. <https://doi.org/10.15791/doi-10.68308/000000300>
- Gioiacone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2005). Do bullied children become anxious and depressed adults?: A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. The Journal of nervous and mental disease, 194(3), 201-206.
- Gregório, L. A. C., Pontes, P. A. D. L., Santana, M. M., & Copvlla, H. H. (1989). Sintomas e sinais otoneurológicos na síndrome de pânico e na agorafobia. Acta Otorrinol, 13-5.
- KARPEL, M. (1976). Individuation: From Fusion to Dialogue. Family Process, 15(1), 65-82. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.tb01655.x>
- Stephan, F., de Almeida, A. A., Salgado, F. S., Serra, L. X., & Lourenço, L. M. (2013). Bullying and aspectos psicossociais: estudo bibliométrico. Temas em Psicologia, 21(1), 245-258.
- Viegas, F. V., Castro, P. M. G., Silva, L. S. O., Mendes, V. C., de Assis, F. C., dos Reis Marcollo, A., & Soares, A. N. G. (2007). As dificuldades do diagnóstico precoce da Síndrome de Asperger e seus impactos psicossociais na vida do paciente. Revista Eletrônica Acrevo Saúde, 12(12), e9369-e9369.



Estudo de Caso M.

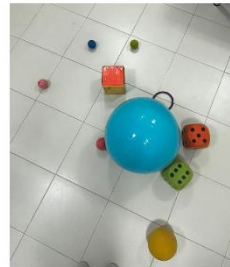
Projeto Pedagógico-Terapêutico

Recursos	Avaliação
→ Nº de sessões de PM até à data: 4 → Nº de sessões de PM previstas: 15 → Sessões semanais, com duração entre 50 a 60 minutos → As sessões de PM e Psiquiatria ocorrem na Equipa de Psiquiatria Comunitária do Hospital Fernando Fonseca - Massamá	→ GDC → HOFF → STAI → MAIA → SCL-90



Estudo de Caso M.

Sessão-tipo



UNIVERSIDADE DE LISBOA

Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana
 Reabilitação Psicomotora - Área de especialização de aprofundamento de competências profissionais
 2023/2024

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS



Obrigada pela atenção!

Docente: Prof. Dr. Rui Martins
 Discente: Bárbara Silva



Anexo H – Casos Observados no estágio

Tabela H1 - Casos observados

Nome	Idade	Problemática	Nº de sessões assistidas
SPSMIA			
CF	9	Distúrbios mistos da conduta e das emoções	2
CS	18	Síndrome de Asperger + P. Ansiedade em condições classificadas em outra parte + PHDA (tipo combinado)	9
GP	8	PHDA, tipo combinado	1
LL	6	Alteração da conduta, não classificado em outra parte	1
LP	7	Mutismo Seletivo + Fobia social, sem outra especificação (em investigação)	1
ML	8	Distúrbio emocional não especificado da infância + Problemas de aprendizagem + PHDA, tipo combinada	3
MS	9	Distúrbio de comportamento sem outra especificação	1
RM	13	Distúrbio deficiência de atenção, com hiperatividade	2
RS	10	Distúrbio deficiência de atenção, com hiperatividade	1
RV	11	PEA, estado residual	10
TT	9	Deficiência de atenção e concentração	1
Espaço@com Damaia			
AG	53	Outras perturbações depressivas recorrentes (F33.8)	2
AR	22	POC (F42)	3
EM	61	Perturbação depressiva major, recorrente, grave s/ características psicóticas	1
HG	51	Estado de ansiedade não especificado	2
HH	53	POC, s/ outra especificação + POC da personalidade	1
IS	35	Perturbação generalizada da ansiedade	1
JP	33	POC (F42)	4
MO	33	Perturbação da personalidade, s/ outra especificação	1
NN	40	Estado de ansiedade, não classificado em outra parte	1
RR	30	Psicose não especificada	1
VC	47	Perturbação Bipolar, episódio mais recente (ou atual) maníaco, em remissão total	1
Espaço@com Massamá			
AC	44	Esquizofrenia, s/ outra especificação	1
AG	58	Perturbação Depressiva Major, episódio único, moderado + Perturbação Generalizada da Ansiedade	1
AP	34	Perturbação Generalizada da Ansiedade + Esquizofrenia, s/ outra especificação	1
AO	42	Perturbação Depressiva Major, recorrente, em remissão total	1
CB	51	Perturbação Bipolar, não especificada	1
CBS	27	Outra Perturbação Bipolar	1
CC	42	Perturbação de Ansiedade em condições classificadas em outra parte + Fobia social, generalizada	1
CF	28	Esquizofrenia, s/ outra especificação	1
CV	51	Esquizofrenia	1
DR	25	Psicose, s/ outra especificação, não devida a substâncias ou perturbação psicológica conhecida	1
EP	50	Episódio Depressivo	2
IS	55	Perturbação Bipolar I, episódio mais recente (ou atual) misto, não especificado	4
JS	26	Perturbação Generalizada da Ansiedade + Perturbação Depressiva major, episódio único, moderado	2
RM	32	Esquizofrenia, s/ outra especificação	1

Anexo I – Documentos do Caso MF

HFDT: Folha de Registro

Human Figure Drawing Test (HFDT) AutoScore™ Form Profile Sheet

Jerry Mitchell, Ed.D., Richard Test, Ph.D., and Roland McArthur, M.A.

Name: Maximiliano ID No: _____ Age: 20 Male Female

Admission Date: _____ Current Date: 23/02/2024 Interviewer: Barbara Hirva

Referral Source: _____ Referral Question: _____

Impairment	Distortion	Simplification	Scaled Score
28			94
27	14		92
26			90
25	13		88
24		12	86
23	10		84
22		11	82
21	6		80
20		10	78
19			76
18	8	9	74
17	7	8	72
16		7	70
15			68
14	6		66
13		6	64
12	5	5	62
11			60
10	4	4	58
9			56
8			54
7	3		52
6		2	50
5			48
4		1	46
3	1		44
2			42
1	0		40

SEVERE COGNITIVE IMPAIRMENT (Similar to that observed in mental retardation or organic conditions)

MODERATE COGNITIVE IMPAIRMENT (Similar to that observed in clinical psychiatric conditions)

UNIMPAIRED OVERALL COGNITIVE FUNCTIONING OR ONLY MILD IMPAIRMENT

Organic Factors Index: -1

— If the index score is above the solid line, an organic condition is strongly suggested.

----- If the index score is below the dotted line, retardation is strongly suggested.

wps

Copyright © 1992 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Not to be reprinted, sold, or distributed without written permission of Western Psychological Services. All rights reserved. 12 24 18 7 8 9 Printed in U.S.A.

Enter raw scores from Score Summary Sheet.

Impairment Raw Score	Distortion Raw Score	Simplification Raw Score
10	2	3

HFDT Score Summary Sheet

Impairment Raw Score: Total number of items checked = 10

Distortion Raw Score: Total number of D items = 2

Simplification Raw Score: Total number of S items = 3

Organic Factors Index: Distortion Raw Score minus Simplification Raw Score = -1

(After calculating the raw scores, transfer them to the appropriate labeled spaces on the Profile Sheet.)

37	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
41	<input checked="" type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>
42	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input checked="" type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
44	<input checked="" type="checkbox"/>	8	<input checked="" type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
47	<input checked="" type="checkbox"/>	11	<input checked="" type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>
58	<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>
60	<input checked="" type="checkbox"/>	24	<input checked="" type="checkbox"/>
61	<input checked="" type="checkbox"/>	25	<input checked="" type="checkbox"/>
62	<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input checked="" type="checkbox"/>
63	<input checked="" type="checkbox"/>	27	<input checked="" type="checkbox"/>
64	<input checked="" type="checkbox"/>	28	<input checked="" type="checkbox"/>
65	<input checked="" type="checkbox"/>	29	<input checked="" type="checkbox"/>
66	<input checked="" type="checkbox"/>	30	<input checked="" type="checkbox"/>
67	<input checked="" type="checkbox"/>	31	<input checked="" type="checkbox"/>
68	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>
69	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
70	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
71	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
72	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
73	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
74	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
75	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>
76	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>
77	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>
78	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>
79	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>
80	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>
81	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>
82	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>
83	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>
84	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>
85	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>
86	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>
87	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>
88	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>
89	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>
90	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>
91	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>
92	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>
93	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>
94	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>
95	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>
96	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>
97	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>
98	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>
99	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>
100	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>
101	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>
102	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>
103	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>
104	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>
105	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>
106	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>
107	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>
108	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>
109	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
110	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>
111	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>
112	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>
113	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>
114	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>
115	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>
116	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>
117	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>
118	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>
119	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>
120	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>
121	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>
122	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>
123	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>
124	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>
125	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>
126	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>
127	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>
128	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>
129	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>
130	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>
131	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>
132	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>
133	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>
134	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>
135	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>
136	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>
137	<input type="checkbox"/>	101	<input type="checkbox"/>
138	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>
139	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>
140	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>
141	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>
142	<input type="checkbox"/>	106	<input type="checkbox"/>
143	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>
144	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>
145	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>
146	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>
147	<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>
148	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>
149	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>
150	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>
151	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>
152	<input type="checkbox"/>	116	<input type="checkbox"/>
153	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>
154	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>
155	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>
156	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>
157	<input type="checkbox"/>	121	<input type="checkbox"/>
158	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>
159	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>
160	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>
161	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>
162	<input type="checkbox"/>	126	<input type="checkbox"/>
163	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>
164	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>
165	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>
166	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>
167	<input type="checkbox"/>	131	<input type="checkbox"/>
168	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>
169	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>
170	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>
171	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>
172	<input type="checkbox"/>	136	<input type="checkbox"/>
173	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>
174	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>
175	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>
176	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>
177	<input type="checkbox"/>	141	<input type="checkbox"/>
178	<input type="checkbox"/>	142	<input type="checkbox"/>
179	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>
180	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>
181	<input type="checkbox"/>	145	<input type="checkbox"/>
182	<input type="checkbox"/>	146	<input type="checkbox"/>
183	<input type="checkbox"/>	147	<input type="checkbox"/>
184	<input type="checkbox"/>	148	<input type="checkbox"/>
185	<input type="checkbox"/>	149	<input type="checkbox"/>
186	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>
187	<input type="checkbox"/>	151	<input type="checkbox"/>
188	<input type="checkbox"/>	152	<input type="checkbox"/>
189	<input type="checkbox"/>	153	<input type="checkbox"/>
190	<input type="checkbox"/>	154	<input type="checkbox"/>
191	<input type="checkbox"/>	155	<input type="checkbox"/>
192	<input type="checkbox"/>	156	<input type="checkbox"/>
193	<input type="checkbox"/>	157	<input type="checkbox"/>
194	<input type="checkbox"/>	158	<input type="checkbox"/>
195	<input type="checkbox"/>	159	<input type="checkbox"/>
196	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>
197	<input type="checkbox"/>	161	<input type="checkbox"/>
198	<input type="checkbox"/>	162	<input type="checkbox"/>
199	<input type="checkbox"/>	163	<input type="checkbox"/>
200	<input type="checkbox"/>	164	<input type="checkbox"/>
201	<input type="checkbox"/>	165	<input type="checkbox"/>
202	<input type="checkbox"/>	166	<input type="checkbox"/>
203	<input type="checkbox"/>	167	<input type="checkbox"/>
204	<input type="checkbox"/>	168	<input type="checkbox"/>
205	<input type="checkbox"/>	169	<input type="checkbox"/>
206	<input type="checkbox"/>	170	<input type="checkbox"/>
207	<input type="checkbox"/>	171	<input type="checkbox"/>
208	<input type="checkbox"/>	172	<input type="checkbox"/>
209	<input type="checkbox"/>	173	<input type="checkbox"/>
210	<input type="checkbox"/>	174	<input type="checkbox"/>
211	<input type="checkbox"/>	175	<input type="checkbox"/>
212	<input type="checkbox"/>	176	<input type="checkbox"/>
213	<input type="checkbox"/>	177	<input type="checkbox"/>
214	<input type="checkbox"/>	178	<input type="checkbox"/>
215	<input type="checkbox"/>	179	<input type="checkbox"/>
216	<input type="checkbox"/>	180	<input type="checkbox"/>
217	<input type="checkbox"/>	181	<input type="checkbox"/>
218	<input type="checkbox"/>	182	<input type="checkbox"/>
219	<input type="checkbox"/>	183	<input type="checkbox"/>
220	<input type="checkbox"/>	184	<input type="checkbox"/>
221	<input type="checkbox"/>	185	<input type="checkbox"/>
222	<input type="checkbox"/>	186	<input type="checkbox"/>
223	<input type="checkbox"/>	187	<input type="checkbox"/>
224	<input type="checkbox"/>	188	<input type="checkbox"/>
225	<input type="checkbox"/>	189	<input type="checkbox"/>
226	<input type="checkbox"/>	190	<input type="checkbox"/>
227	<input type="checkbox"/>	191	<input type="checkbox"/>
228	<input type="checkbox"/>	192	<input type="checkbox"/>
229	<input type="checkbox"/>	193	<input type="checkbox"/>
230	<input type="checkbox"/>	194	<input type="checkbox"/>
231	<input type="checkbox"/>	195	<input type="checkbox"/>
232	<input type="checkbox"/>	196	<input type="checkbox"/>
233	<input type="checkbox"/>	197	<input type="checkbox"/>
234	<input type="checkbox"/>	198	<input type="checkbox"/>
235	<input type="checkbox"/>	199	<input type="checkbox"/>
236	<input type="checkbox"/>	200	<input type="checkbox"/>
237	<input type="checkbox"/>	201	<input type="checkbox"/>
238	<input type="checkbox"/>	202	<input type="checkbox"/>
239	<input type="checkbox"/>	203	<input type="checkbox"/>
240	<input type="checkbox"/>	204	<input type="checkbox"/>
241	<input type="checkbox"/>	205	<input type="checkbox"/>
242	<input type="checkbox"/>	206	<input type="checkbox"/>
243	<input type="checkbox"/>	207	<input type="checkbox"/>
244	<input type="checkbox"/>	208	<input type="checkbox"/>
245	<input type="checkbox"/>	209	<input type="checkbox"/>
246	<input type="checkbox"/>	210	<input type="checkbox"/>
247	<input type="checkbox"/>	211	<input type="checkbox"/>
248	<input type="checkbox"/>	212	<input type="checkbox"/>
249	<input type="checkbox"/>	213	<input type="checkbox"/>
250	<input type="checkbox"/>	214	<input type="checkbox"/>
251	<input type="checkbox"/>	215	<input type="checkbox"/>
252	<input type="checkbox"/>	216	<input type="checkbox"/>
253	<input type="checkbox"/>	217	<input type="checkbox"/>
254	<input type="checkbox"/>	218	<input type="checkbox"/>
255	<input type="checkbox"/>	219	<input type="checkbox"/>
256	<input type="checkbox"/>	220	<input type="checkbox"/>
257	<input type="checkbox"/>	221	<input type="checkbox"/>
258	<input type="checkbox"/>	222	<input type="checkbox"/>
259	<input type="checkbox"/>	223	<input type="checkbox"/>
260	<input type="checkbox"/>	224	<input type="checkbox"/>
261	<input type="checkbox"/>	225	<input type="checkbox"/>
262	<input type="checkbox"/>	226	<input type="checkbox"/>
263	<input type="checkbox"/>	227	<input type="checkbox"/>
264	<input type="checkbox"/>	228	<input type="checkbox"/>
265	<input type="checkbox"/>	229	<input type="checkbox"/>
266	<input type="checkbox"/>	230	<input type="checkbox"/>
267	<input type="checkbox"/>	231	<input type="checkbox"/>
268	<input type="checkbox"/>	232	<input type="checkbox"/>
269	<input type="checkbox"/>	233	<input type="checkbox"/>
270	<input type="checkbox"/>	234	<input type="checkbox"/>
271	<input type="checkbox"/>	235	<input type="checkbox"/>
272	<input type="checkbox"/>	236	<input type="checkbox"/>
273	<input type="checkbox"/>	237	<input type="checkbox"/>
274	<input type="checkbox"/>	238	<input type="checkbox"/>
275	<input type="checkbox"/>	239	<input type="checkbox"/>
276	<input type="checkbox"/>	240	<input type="checkbox"/>
277	<input type="checkbox"/>	241	<input type="checkbox"/>
278	<input type="checkbox"/>	242	<input type="checkbox"/>
279	<input type="checkbox"/>	243	<input type="checkbox"/>
280	<input type="checkbox"/>	244	<input type="checkbox"/>
281	<input type="checkbox"/>	245	<input type="checkbox"/>
282	<input type="checkbox"/>	246	<input type="checkbox"/>
283	<input type="checkbox"/>	247	<input type="checkbox"/>
284	<input type="checkbox"/>	248	<input type="checkbox"/>
285	<input type="checkbox"/>	249	<input type="checkbox"/>
286	<input type="checkbox"/>	250	<input type="checkbox"/>
287	<input type="checkbox"/>	251	<input type="checkbox"/>
288	<input type="checkbox"/>	252	<input type="checkbox"/>
289	<input type="checkbox"/>	253	<input type="checkbox"/>
290	<input type="checkbox"/>	254	<input type="checkbox"/>
291	<input type="checkbox"/>	255	<input type="checkbox"/>
292	<input type="checkbox"/>	256	<input type="checkbox"/>
293	<input type="checkbox"/>	257	<input type="checkbox"/>
294	<input type="checkbox"/>	258	<input type="checkbox"/>
295	<input type="checkbox"/>	259	<input type="checkbox"/>
296	<input type="checkbox"/>	260	<input type="checkbox"/>
297	<input type="checkbox"/>	261	<input type="checkbox"/>
298	<input type="checkbox"/>	262	<input type="checkbox"/>
299	<input type="checkbox"/>	263	<input type="checkbox"/>
300	<input type="checkbox"/>	264	<input type="checkbox"/>
301	<input type="checkbox"/>	265	<input type="checkbox"/>
302	<input type="checkbox"/>	266	<input type="checkbox"/>
303	<input type="checkbox"/>	267	<input type="checkbox"/>
304	<input type="checkbox"/>	268	<input type="checkbox"/>
305	<input type="checkbox"/>	269	<input type="checkbox"/>
306	<input type="checkbox"/>	270	<input type="checkbox"/>
307	<input type="checkbox"/>	271	<input type="checkbox"/>
308	<input type="checkbox"/>	272	<input type="checkbox"/>
309	<input type="checkbox"/>	273	<input type="checkbox"/>
310	<input type="checkbox"/>	274	<

MAIA: Folha de Registo

Em baixo encontra uma lista de afirmações. Indique por favor com que frequência cada afirmação se aplica a si na sua vida do dia a dia, considerando 0(zero) como nunca e 5 (cinco) como sempre.

	Nunca	Sempre			
1. Quando estou tenso(a), eu noto onde a tensão está localizada no meu corpo.	0	1	2	3	4 (5)
2. Eu noto quando estou desconfortável no meu corpo.	0	1	2	3	4 (5)
3. Eu noto quais as partes do meu corpo onde estou confortável.	0	1	2	3	4 (5)
4. Quando sinto dor ou desconforto, tento aguentar e continuar com o que estava a fazer.	0	1	2	3 (4)	5
5. Eu tento ignorar a dor.	0	1	2	3 (4)	5
6. Eu afasto as sensações de desconforto focando-me noutra coisa qualquer.	0	1	2	3	4 (5)
7. Quando sinto sensações corporais desagradáveis, ocupo-me com outra coisa qualquer para não ter de as sentir.	0	1	2	3	4 (5)
8. Se sinto algum desconforto, começo a preocupar-me que algo não está bem.	0	1	2	3	4 (5)
9. Eu consigo aperceber-me de uma sensação corporal desagradável, sem ficar preocupado(a) com ela.	0	1 (2)	3	4	5
10. Eu consigo manter-me calmo(a) e não me preocupar quando sinto desconforto ou dor.	0	1 (2)	3	4	5
11. Quando estou desconfortável ou com dor não consigo tirar isso da minha cabeça.	0	1	2	3	4 (5)
12. Eu consigo prestar atenção à minha respiração sem me distrair com as coisas que estão a acontecer à minha volta.	0	1	2 (3)	3	4
13. Eu consigo manter-me consciente das minhas sensações corporais internas, mesmo quando há muita coisa a acontecer à minha volta.	0	1 (2)	3	4	5
14. Quando estou a conversar com alguém, consigo prestar atenção à minha postura.	0	1	2	3 (4)	5
15. Se me distrair, consigo voltar a prestar atenção ao meu corpo.	0	1	2	3 (4)	5
16. Eu consigo redirecionar a atenção dos meus pensamentos para as sensações do meu corpo.	0	1	2 (3)	3	4
17. Eu consigo manter a consciência de todo o meu corpo mesmo quando uma parte de mim está com dor ou desconforto.	0	1 (2)	3	4	5
18. Eu sou capaz de focar-me conscientemente no meu corpo como um todo.	0	1	2	3	4 (5)
19. Eu noto como o meu corpo se altera quando estou zangado(a).	0	1	2	3	4 (5)

"Quando sinto desconforto corporal, vejo, pyndado...
cabeça em que sinto estar, penso logo que quer agir para casa"

"Sou uma pessoa que não sei reagir aos sinais do meu corpo"

"Sinto uma imensa confusão entre o que vem da mente e do corpo"

	Nunca	Sempre			
20. Quando algo não está bem na minha vida consigo senti-lo no meu corpo.	0	1	2	3	4 (5)
21. Eu noto que o meu corpo fica diferente depois de uma experiência tranquila.	0	1	2	3	4 (5)
22. Eu noto que a minha respiração se torna mais livre e fácil quando me sinto confortável.	0	1	2	3	4 (5)
23. Eu noto como o meu corpo se altera quando me sinto feliz/contente.	0	1	2	3	4 (5)
24. Quando me sinto sobrecarregado(a), consigo encontrar um lugar de paz dentro de mim.	0	1	2 (3)	3	4
25. Quando dirijo a minha consciência para o meu corpo sinto uma sensação de calma.	0	1	2	3 (4)	5
26. Eu consigo usar a minha respiração para diminuir a tensão.	0	1	2 (3)	3	4
27. Quando fico preso(a) a pensamentos, consigo acalmar a minha mente focando-me no meu corpo ou na minha respiração.	0	1 (2)	3	4	5
28. Eu "escuto" a informação que o meu corpo me dá sobre o meu estado emocional.	0	1	2	3 (4)	5
29. Quando eu estou aborrecido(a), procuro perceber como o meu corpo se sente.	0	1	2	3 (4)	5
30. Eu "escuto" o meu corpo para saber o que fazer.	0	1	2 (3)	3	4
31. Eu sinto-me bem no meu corpo.	0	1	2 (3)	3	4
32. Eu sinto que o meu corpo é um lugar seguro.	0	1	2 (3)	3	4
33. Eu confio nas minhas sensações corporais.	0	1 (2)	3	4	5

Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva

Instruções de Cotação

Calcule a média de cada escala.

Nota: Inverta as pontuações dos itens 4, 5, 6, e 7 de Não se Distrair, e os itens 8 e 11 de Não se Preocupar.

1. **Notar:** Consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras
 $Q1 \underline{5} + Q2 \underline{5} + Q3 \underline{5} / 3 = \underline{5}$
2. **Não se Distrair:** Tendência para não ignorar ou não se distrair de sensações de dor ou desconforto
 $Q4(\text{invertido}) \underline{2} + Q5(\text{invertido}) \underline{2} + Q6(\text{invertido}) \underline{0} + Q7(\text{invertido}) \underline{1} / 4 = \underline{1,25}$
3. **Não se Preocupar:** Tendência para não se preocupar com sensações de dor ou desconforto.
 $Q8(\text{invertido}) \underline{0} + Q9 \underline{1} + Q10 \underline{1} + Q11(\text{invertido}) \underline{0} / 4 = \underline{0,5}$
4. **Regulação Atencional:** Capacidade de controlar e manter a atenção em sensações corporais
 $Q12 \underline{2} + Q13 \underline{1} + Q14 \underline{3} + Q15 \underline{4} + Q16 \underline{2} + Q17 \underline{1} + Q18 \underline{5} / 7 = \underline{2,57}$
5. **Consciência Emocional:** Consciência da relação entre sensações corporais e estados emocionais
 $Q19 \underline{3} + Q20 \underline{4} + Q21 \underline{5} + Q22 \underline{5} + Q23 \underline{5} / 5 = \underline{4,8}$
6. **Auto-Regulação:** Capacidade de regular o stress negativo através da atenção a sensações corporais e de uma escuta ativa do corpo
 $Q24 \underline{2} + Q25 \underline{3} + Q26 \underline{2} + Q27 \underline{1} + Q28 \underline{3} + Q29 \underline{3} + Q30 \underline{2} / 7 = \underline{2,28}$
7. **Confiar:** Experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança
 $Q31 \underline{2} + Q32 \underline{2} + Q33 \underline{1} / 3 = \underline{1,66}$

STAI: Folha de registro



espaço@com - Unidade de Reabilitação Psicossocial
 Consulta de Psicomotricidade

STAI (Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Nome: Mariana Ferreira Data: 23.02.2024

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos **neste momento**.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4	1
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4	1
3. Estou tenso	1	2	3	4	3
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4	3
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4	2
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4	3
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4	3
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4	3
10. Estou descansado	1	2	3	4	3

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4	3
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4	3
13. Estou inquieto	1	2	3	4	3
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4	4
15. Estou descontraindo	1	2	3	4	3
16. Sinto-me contente	1	2	3	4	3
17. Estou preocupado	1	2	3	4	3
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4	3
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4	3

TOTAL: 58

STAI (Y-2)

- ① - 2. Sinto-me bem
- ② - 4. Sinto-me nervoso e inquieto
- ③ - 2. Queria-me deia ser tão feliz como os outros pareciam ser - Ou
 sinto-me satisfeito consigo próprio
- ④ - 4.
- ⑤ - 3. Sinto-me um falhado
- ⑥ - 2. Sinto-me tranquilo
- ⑦ - 1. Sou calmo, ponderado e capaz de lidar com o mundo
- ⑧ - 3. Tanto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que não os consigo resolver.
- ⑨ - 4. Preocupação com coisas de pouca importância
- ⑩ - 3. Eu sou feliz
- ⑪ - 4. Tenho pensamentos que me perturbam
- ⑫ - 3. Não tenho confiança em mim
- ⑬ - 1. Sinto-me seguro
- ⑭ - 4. Tenho dúvidas da possibilidade
- ⑮ - 4. Muitas vezes, sinto que não sou capaz
- ⑯ - 3. Estou contente
- ⑰ - 4. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos de importância que me aborrecem
- ⑱ - 2. Tenho os desajustamentos tão a sério que não consigo afastar-me do pensamento
- ⑲ - 1. Sou uma pessoa estável
- ⑳ - 4. Fico tenso ou desorientado quando penso nos muitos problemas e interesses a lidar

23.02.24

SCL-90: Folha de registo



espaço@com - Unidade de Reabilitação Psicossocial

Consulta de Psicometria

SCL-90

Nome: _____ Data: 6 outubro 2023

Avaliação Nº: 1 Avaliador: Triana Sanchez

Item	0	1	2	3	4
1 Dores de Cabeça					X
2 Nervosismo ou stress interior					X
3 Pensamentos ou palavras indesejáveis					X
4 Perda de interesse ou do prazer					X
5 Sentir-se criticado pelos outros					X
6 Ideia de que alguém consegue (problemas)					X
7 Sentir que são os outros os culpados pela maior parte dos seus problemas					X
8 Dificuldade em se lembrar das coisas					X
9 Preocupações acerca de estar desmazelado ou negligente					X
10 Sentir-se facilmente aborrecido ou irritado					X
11 Dores no coração ou no peito					X
12 Sentir medos de espaços abertos ou nas ruas					X
13 Sentir pouca energia ou sentir-se vagaroso					X
14 Pensamentos de acabar com a vida					X
15 Ouvir vozes que os outros não ouvem					X
16 Temores					X
17 Sentir que não se pode confiar na maior parte das pessoas					X
18 Pouco apetite					X
19 Chorar facilmente ("no controlável")					X
20 Sentir-se envergonhado ou inquieto com o sexo oposto					X
21 Sensação de ter sido apanhado numa ratoeira					X
22 Assustar-se subitamente sem razão					X
23 Ter explosões emocionais que não consegue controlar sozinho					X
24 Medo de sair de casa sozinho					X
25 Culpar-se das coisas					X
26 Dores de barriga					X
27 Sentir-se bloqueado para fazer as coisas					X
28 Sentir-se solitário					X
29 Sentir-se melancólico					X
30 Aborrecer-se demasiado com as coisas					X
31 Não sentir interesse em nada					X

Item	0	1	2	3	4
33 Sentir-se cheio de medo					X
34 Ficar facilmente ferido nos seus sentimentos					X
35 As outras pessoas tomarem-se sabedoras dos seus problemas íntimos					X
36 Sentir que os outros não o compreendem ou são antipáticos					X
37 Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si					X
38 Ter de fazer as coisas lentamente para que saiam bem					X
39 Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração					X
40 Náuseas ou indisposição no estômago					X
41 Sentir-se inferior aos outros					X
42 Dores no estômago					X
43 Sentir-se observado ou que os outros falam de si					X
44 Dificuldades em adormecer (insónia)					X
45 Ter de verificar e voltar a verificar o que fez					X
46 Dificuldade em tomar decisões (decisões impulsivas)					X
47 Medo em andar de auto-carro, metro ou combóio					X
48 Dificuldade em respirar					X
49 Crises de calor ou frio (fobia)					X
50 Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque elas o assustam					X
51 Fazer-se um vazio no seu espírito					X
52 Sentir um formigueiro ou partes do seu corpo entorpecidas					X
53 Sentir um nó na garganta					X
54 Sentir-se sem esperança para o futuro					X
55 Dificuldades em se concentrar *					X
56 Sentir fraqueza em partes do seu corpo (cabeça e braços)					X
57 Sentir-se tenso ou ansioso					X
58 Sentir os braços e as pernas pesadas * (dores)					X
59 Pensamentos de morte ou de morrer					X
60 Comer demais					X
61 Sentir-se inquieto quando as pessoas o observam ou falam de si					X
62 Ter pensamentos que não são os seus					X
63 Ter vontade de bater, injuriar ou prejudicar alguém					X
64 Acordar cedo					X
65 Ter que repetir as mesmas acções como o tocar ou lavar					X
66 Sono não repousante ou perturbado					X
67 Ter vontade de partir ou esmagar as coisas					X
68 Ter ideias ou crenças que os outros não partilham					X
69 Ser muito escrupuloso com os outros					X
70 Sentir-se inquieto no meio da multidão, tal como nas compras ou no cinema					X
71 Sentir tudo como um esforço					X
72 Momentos de terror ou pânico *					X

SCL-90-R 2

Item	0	1	2	3	4
73 Sentir-se desconfortável quando bebe ou come em publico					X
74 Entrar facilmente em discussões					X
75 Sentir-se nervoso quando os outros o deixam sozinho					X
76 Os outros não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					X
77 Sentir-se sozinho, mesmo quando está com outras pessoas					X
78 Sentir-se tão inquieto e que não pode estar parado					X
79 Sentir-se sem valor ou indigno					X
80 Sensação de que alguma coisa má lhe vai acontecer					X
81 Criar ou afetar coisas					X
82 Ter medo de poder desmaiar em publico					X
83 Ter a impressão de que as pessoas se aproveitariam de si se as deixasse					X
84 Ter pensamentos acerca de sexo que o aborrecem bastante					X
85 Ideias de que deve ser castigado pelos seus pecados					X
86 Pensamentos ou imagens assustadoras					X
87 Ideia de que está algo mal com o seu corpo					X
88 Nunca se sentir próximo das outras pessoas					X
89 Sentimentos de culpa					X
90 Ideia de que alguma coisa está mal na sua cabeça					X

Observações:

4. Associação à perturbação do sono.
 55. Quando era criança tinha muitas dificuldades com a concentração, nomeadamente no percurso escolar. Actualmente está a tirar um curso online de equivalência ao 12º Ano (secretariado, pelo IEPF) e tem tido sucesso nos estudos e sem queixas de (concentração).

SCL-90-R 3

Anexo J – Avaliação Inicial do LD

BASC: Folhas de registo e cotação – Mãe

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente:
 N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1	Cumprimenta e elogia os outros	N O F S	33	Pede ajuda de forma educada	N O F S
2	Magoa os outros	N O F S	34	Tem "mau perder"	N O F S
3	Tem dificuldade em adormecer	N O F S	35	É nervoso	N O F S
4	Esquece-se de coisas	N O F S	36	Tem um baixo nível de vigilância	N O F S
5	Vê coisas que não existem	N O F S	37	Parece estar for a da realidade	N O F S
6	Tem problemas com a polícia	N O F S	38	Uma ou mascas tabaco	N O F S
7	Diz: "Quero suicidar-me"	N O F S	39	Chora facilmente	N O F S
8	Precisa de demasiada supervisão	N O F S	40	Tem acessos de mau humor	N O F S
9	É criativo	N O F S	41	Tem muitas ideias	N O F S
10	Queixa-se de dificuldade em respirar	N O F S	42	Queixa-se de tonturas	N O F S
11	Evita competir com outros adolescentes	N O F S	43	É tímido perante os adultos	N O F S
12	Inicia conversas de forma apropriada	N O F S	44	Responde quando falam para ele	N O F S
13	Desafia as outras crianças para fazerem coisas	N O F S	45	Argumenta quando é contrariado	N O F S
14	Diz: "Não sou muito bom nisso"	N O F S	46	Fica doente antes de um teste importante	N O F S
15	Gagueja	N O F S	47	Faz as tarefas a tempo	N O F S
16	Tem ideias estranhas	N O F S	48	Mostra-se inexpressivo	N O F S
17	Rouba em casa	N O F S	49	Queixa-se da polícia ou outros agentes de autoridade	N O F S
18	Queixa-se de ser arreliado	N O F S	50	Diz: "Ódio-me"	N O F S
19	Fica irrequieto durante os filmes	N O F S	51	Não consegue esperar pela sua vez	N O F S
20	Toma decisões facilmente	N O F S	52	É habitualmente escolhido como líder	N O F S
21	Queixa-se de sentir frio	N O F S	53	Tem dores de cabeça	N O F S
22	Muda de direcção para evitar cumprimentar alguém	N O F S	54	Recusa-se a participar em actividades de grupo	N O F S
23	Encoraja os outros para que dêem o seu melhor	N O F S	55	Tem boas maneiras à mesa	N O F S
24	Dá ordens a quem está à sua volta	N O F S	56	Ameaça magoar os outros	N O F S
25	Diz: "Tenho medo de vir a cometer um erro"	N O F S	57	Acorda assustado após os sonhos	N O F S
26	Brinca com o fogo	N O F S	58	Queixa-se de não conseguir impedir pensamentos indesejáveis	N O F S
27	Foge de casa durante a noite	N O F S	59	Já foi suspenso da escola	N O F S
28	Amua	N O F S	60	É triste	N O F S
29	Age sem pensar	N O F S	61	Interrompe os pais quando estes estão a falar ao telefone	N O F S
30	Tem muita energia	N O F S	62	Fala quando a situação o exige	N O F S
31	Queixa-se de dores no peito	N O F S	63	Tem reacções alérgicas	N O F S
32	Consome bebidas alcoólicas	N O F S	64	É mais influenciado pelos amigos do que pelos pais	N O F S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente
 F - Frequentemente S - Sempre

65	Diz: "Por favor" e "Obrigado"	N O F S	96	Mostra interesse pelas ideias dos outros	N O F S
66	Culpa os outros	N O F S	97	Arreliá os outros	N O F S
67	É medroso	N O F S	98	Preocupa-se	N O F S
68	Tem problemas de concentração	N O F S	99	Faz os trabalhos de casa do início ao fim sem fazer um intervalo <i>Não</i>	N O F S
69	Tenta magoar-se a si próprio	N O F S	100	Perde-se <i>no caminho</i>	N O F S
70	Usa linguagem obscena	N O F S	101	Mente, para fugir dos problemas	N O F S
71	Muda de humor rapidamente	N O F S	102	Diz: "Ninguém gosta de mim"	N O F S
72	Bate repetidamente com o pé ou lápis	N O F S	103	Interrompe os outros quando estão a falar	N O F S
73	É bem a motivar as pessoas para trabalharem juntas	N O F S	104	Dá boas sugestões para a resolução de problemas	N O F S
74	Queixa-se de problemas de saúde	N O F S	105	Tem problemas de estômago	N O F S
75	Evita outros adolescentes	N O F S	106	Recusa-se a falar	N O F S
76	Tenta valorizar o melhor das outras pessoas	N O F S	107	Faz sugestões sem ofender os outros	N O F S
77	Bate nas outras crianças	N O F S	108	Parte objectos de outras crianças	N O F S
78	Preocupa-se com coisas que não podem ser alteradas	N O F S	109	Tem medo de morrer	N O F S
79	Ouve as indicações dos outros	N O F S	110	Distrai-se com facilidade	N O F S
80	Repete muitas vezes a mesma actividade	N O F S	111	Ouve sons que não existem	N O F S
81	Amanja problemas com os vizinhos	N O F S	112	Consome drogas ilegais	N O F S
82	Diz: "Ninguém me compreende"	N O F S	113	Diz: "Quero morrer" ou "Quem me dera estar morto"	N O F S
83	É excessivamente activa	N O F S	114	Distrai-se com pequenas coisas durante as refeições	N O F S
84	Frequenta actividades extra-curriculares	N O F S	115	Tem iniciativa	N O F S
85	Queixa-se de sentir calor	N O F S	116	Queixa-se de dores	N O F S
86	É tímido perante outros adolescentes	N O F S	117	Tem dificuldade em fazer novos amigos	N O F S
87	Voluntaria-se para ajudar	N O F S	118	Sorri para os outros	N O F S
88	É cruel para os animais	N O F S	119	Tem espasmos musculares	N O F S
89	Dorme com os pais	N O F S	120	Tem problemas de audição	N O F S
90	Ingere coisas que não são comida	N O F S	121	Diz: "Tenho medo de vir a magoar alguém"	N O F S
91	Mente	N O F S	122	Tem amigos que estão metidos em problemas	N O F S
92	Fica transtornado facilmente	N O F S	123	Tem convulsões	N O F S
93	Toma medicamentos	N O F S	124	Tem problemas de visão	N O F S
94	Associa-se a clubes ou grupos sociais	N O F S	125	Trabalha bem sobre pressão	N O F S
95	Vai ao médico com frequência	N O F S	126	Adoece	N O F S

- 2 - quando q vem chateado; verbalmente
fisicamente em situações crise
- 5 - não vê, mas inventa*
- 7 - em crise p/ momentos depressivos
- 16 - 95% ^{= frequentemente}; "tentar perceber ~~o~~ como funciona um isqueiro"; umitos comportamentais de experimentação
- 20 - "não são as melhores"
- 24 - "em todo o lado"; "acha que sabe tudo"
- 26 - "tamos medo de deixar velas acesas em casa"; "ele experimenta queimar papel" ~~e~~ "experimenta jogos + isqueiros"
- 27 - "pré-crise" ^{altura do Natal} "p/ altura do Natal, fugiu de casa e eu não o encontrava. peguei no carro e fui à procura dele e quando voltei a casa ele estava lá como se não tivesse acontecido."
- 32 - "não sei"
- 40 - "passa dos acessos de mau humor"
autoridade
- 49 - ligada a professores
- 56 - situação de crise, ~~ref~~ situações complexas
- 59 - faltas disciplinares; "Luis é muito persecutório" "muito arrogante"
- 64 - "amigos que não são amigos"
- 84 - só os esquiteiros
- 88 - aperta
- 89 - quer dormir com a mãe / irmão
- 94 -
- 98 -
- 106 - não diz que não quer falar, apenas não fala / não pergunta
- 121 - num dia + introspectivo, ^{o Luis} ~~ela~~ diz que não sabe porque faz algo muito ocasional
- 122 - daí - se as pessoas duvidosas
-
- "Era uma criança que não se relacionava" nem c/ o irmão
- "Muita dificuldade em se relacionar c/ os outros"
- "Muita arrogância"

Página de cotação dos Itens

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1
...
33
42
...
30
31
32
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

Índice F = 5

BASC

TABELA DE SÍNTESE

Ítem	Notas	Obtendo (pont. T)	Pont. Base	Pont. T	IBI	WPI Conf. Surtido	N. de Pontos
Episódio verbal	18	(10 x 1) = 10	18	35	11	90-30	99
Agressão verbal	21	(10 x 1) = 10	21	41	12	101-81	99
Problemas de Conduta	15	(10 x 0) = 0	15	38	16	86-70	98
COMPONENTE DE PROBLEMAS INTERIORES		Somatório dos Pont. T		244			
COMPONENTE DE PROBLEMAS EXTERIORES		Pont. T dos Probl. Ext.		21			
Ameaça	7	(10 x 1) = 10	7	55	12	65-45	94
Depressão	19	(10 x 1) = 10	19	44	12	104-84	99
Sonolência	11	(10 x 0) = 0	11	68	13	35-61	94
COMPONENTE DE PROBLEMAS INTERIORES		Somatório dos Pont. T		244			
COMPONENTE DE PROBLEMAS EXTERIORES		Pont. T dos Probl. Ext.		36			
Atipicidade	10	(10 x 0) = 0	10	34	14	81-69	98
Tendência Isolamento	7	(10 x 1) = 10	7	61	15	69-53	92
Problemas Atividade	9	(10 x 1) = 10	9	54	12		
ÍNDICE DE SINTOMAS COMPORTAMENTAIS		Média dos Pont. T		20			
		Somatório dos Pont. T		453			
		Pont. T do ISC		25		90-80	99
Competência Social	10	(10 x 2) = 20	10	30	7	36-24	3
Liderança	13	(10 x 2) = 20	13	39	7	45-33	16
COMPONENTE DE COMPETÊNCIAS ADAPTATIVAS		Média dos Pont. T		29			
		Somatório dos Pont. T		64			
		Pont. T de Adaptação		33		38-28	5
Comparação dos Componentes		Nível de Significância					
> < =		Diferença					
Probl. Ext.	27	7	20	13	88	99	95%

BASC: Folhas de registo e cotação – LD

1	Sou bom a fazer nos os amigos	V	12	Previso de ajuda para me entender com os outros	V	61	As pessoas acham agradável estar comigo	V
2	Não consigo controlar a que se passa comigo	V	33	Os meus pais culpam-me por muitos dos seus problemas	V	64	Não aprecio todas as responsabilidades que tenho em casa	V
3	Não gosto de pensar sobre a escola	V	34	Gostava que não existissem bolcheiros escolares	V	65	Não me preocupo com a escola	V
4	Gosto de mim como sou	V	35	A minha aparência preocupa-me	V	66	Gostava de ser outra pessoa	V
5	Tenho medo de muitos coisas	V	36	Os meus sentimentos são teridos sem facilidade	V	67	Tenho medo de ser humilhado por um professor	V
6	Gosto de argumentar	V	37	Gosto de me sentir avoetado	V	68	Preferia trabalhar para os Serviços Secretos que ser professor	V
7	Parece que não faço nada correcto	V	38	Não nada me preocupa	V	69	Nunca tenho nada para fazer que seja de facto divertido	V
8	As pessoas agem como se não me conhecem	V	39	As outras pessoas estão contra mim	V	70	Por vezes sinto-me como se fosse invisível	V
9	Vou sempre a horas para a cama	V	40	Faço os trabalhos de casa sempre, a tempo	V	71	A minha vida social é perfeita	V
10	Sou uma pessoa importante na minha família	V	41	Se eu pudesse, os meus pais apalantam-me	V	72	Os meus pais confiam em mim	V
11	Existe alguém que me quer magoar	V	42	Por vezes quero magoar-me	V	73	Sinto iniquitação	V
12	Os professores são pessoas agradáveis	V	43	Os meus professores exigem demais	V	74	A maioria dos professores são magoadores	V
13	É estimulante reabrir coisas de uma loja	V	44	O jornal local tem uma história sobre mim que todos os dias	V	75	O Super Herói em é uma pessoa real	V
14	Nunca alcanço os meus objectivos	V	45	Não gosto que as outras pessoas saibam as minhas notas	V	76	Quero fazer melhor mas não consigo	V
15	Sou uma pessoa saudável	V	46	Tenho medo de ter cancro	V	77	Tenho muitas dores de cabeça	V
16	Sou uma pessoa simpática	V	47	Os outros respeitam-me	V	78	Gosto de fazer coisas novas	V
17	Os meus pais esperam demasiado de mim	V	48	Os meus pais controlam a minha vida	V	79	Culpam-me por muitas coisas que não faço	V
18	A escola é uma perda de tempo	V	49	Detesto a escola	V	80	A minha escola parece-me boa	V
19	Preocupo-me com o que as pessoas pensam de mim	V	50	Preocupo-me com pequenas coisas	V	81	Tenho dificuldade em organizar os meus pensamentos	V
20	Gosto quando os meus amigos me desafiam a fazer alguma coisa	V	51	Gosto de praticar desportos radicais	V	82	Adoro trovoadas	V
21	Ninguém me compreende	V	52	Sinto-me desajustado perto dos meus amigos	V	83	Nada corre como eu gostaria	V
22	As vezes sinto-me sozinho, mesmo quando existem pessoas comigo	V	53	Colocam-me à parte das coisas	V	84	Sinto-me realmente ansioso	V
23	Gosto de todas as pessoas que conheço	V	54	Por vezes fico furioso com os meus pais	V	85	Penso sempre, antes de agir	V
24	Oigo vozes na minha cabeça	V	55	Por vezes faço as coisas repetidamente e não consigo parar	V	86	Quando estou zangado atiro com coisas	V
25	Os professores compreendem-me	V	56	Os professores estão sempre a dizer a que devo fazer	V	87	A maior parte dos professores são magoadores	V
26	Não vejo um carro há pelo menos 6 meses	V	57	O que eu quero parece que nunca é importante	V	88	As pessoas dizem-me coisas más	V
27	Quando realizo testes não consigo pensar	V	58	Fui fracasso habitualmente	V	89	Para a maior parte das pessoas os testes não são justos	V
28	Tenho situações de danciao	V	59	As outras pessoas são mais saudáveis que eu	V	90	Por vezes divo-me os ouvidos sem razão	V
29	Aborrece-me com pequenas coisas	V	60	Preocupo-me com o que vai acontecer	V	91	Os meus colegas de turma não gostam de mim	V
30	Já fui ao Conselho Directivo pelo menos 5 vezes	V	61	Vejo coisas estranhas	V	92	Passo da alegria à tristeza muito depressa	V
31	Sou bom a tomar decisões	V	62	Sou bom a mostrar aos outros como fazer as coisas	V	93	Sou uma pessoa de confiança	V

BASC (Behavior Assessment System for Children) - L. A. O'Leary et al.

94	Sou muito diferente dos outros	V	125	As pessoas gostam de mim porque é fácil falar comigo	V	156	Normalmente os meus amigos são simpáticos comigo	V
95	As pessoas dizem-me sempre coisas más quando não faço nada de errado	V	126	As pessoas esperam muito de mim	V	157	As outras pessoas não sempre fazem coisas más	V
96	Não posso esperar para fazer as coisas	V	127	A escola aborrece-me	V	158	A escola é aborrecida	V
97	Faço coisas sem a minha aprovação	V	128	Gosto de minha aparência	V	159	Faço coisas de ser diferente	V
98	Ando quase sempre preocupado	V	129	Preocupo-me com o que os outros pensam de mim	V	160	Quando eu estou não me sinto bem consigo mesmo	V
99	Gosto de matar	V	130	Gosto de estar sozinho com os meus amigos	V	161	Faço as coisas de uma forma diferente	V
100	Não sou tão diferente de mim	V	131	A vida está a ficar cada vez pior	V	162	Sou bom apenas em algumas das coisas	V
101	Sento que os outros não gostam de mim como eu faço as coisas	V	132	As outras crianças são mais felizes que eu	V	163	As outras pessoas não sempre fazem coisas más	V
102	Faço coisas quando me irritam	V	133	Digo sempre a verdade	V	164	Sou a pessoa mais popular do meu grupo	V
103	Os meus pais são orgulhosos em mim	V	134	Os meus pais sabem aquilo que eu quero	V	165	Faço coisas, ainda no formato de desobediência	V
104	Algumas vezes tenho sensações estranhas no meu corpo	V	135	Tenho muitos acidentes	V	166	Tenho problemas muitas vezes	V
105	Os professores tratam-me consideravelmente para as coisas más que faço	V	136	Os meus professores preocupam-se comigo	V	167	Os meus professores são ingenuidade, orgulho em mim	V
106	Nada me preocupa	V	137	Faço uma viagem interurbana pelo menos 2 vezes por semana	V	168	A felicidade não existe na realidade	V
107	Faço sempre desobediência com os meus pais	V	138	Não sou de má sorte quando me desobedecer	V	169	Deixo facilmente	V
108	Tenho mais problemas de estômago que a maioria das pessoas	V	139	Tenho ingenuidade de ser diferente	V	170	Tenho dificuldade em fazer coisas novas	V
109	Os outros gostam de mim	V	140	Gosto de conhecer outras pessoas	V	171	Os meus pais estão sempre a dizer-me que devo fazer	V
110	Não consigo parar de fazer coisas	V	141	Sinto-me culpado por muitas coisas	V	172	Tenho um cabelo bonito	V
111	Termino o trabalho de uma maneira diferente	V	142	Tenho um aspecto	V	173	A vida que me dá é muito boa	V
112	Sinto-me culpado por muitas coisas	V	143	Sou nervoso	V	174	Adão que mudar coisas sem a minha aprovação	V
113	Gosto de ir para a escola	V	144	Gosto de trabalhar	V	175	Adão que mudar coisas sem a minha aprovação	V
114	Nunca consigo me acalmar	V	145	Os adultos têm uma vida melhor que eu	V	176	Tenho sempre calor	V
115	Estou sozinho	V	146	Sinto-me desobediência quando estou em grupo	V	177	Os meus amigos são mais simpáticos que eu	V
116	As vezes fico furioso	V	147	Faço sempre o que os meus pais não querem	V	178	Tenho alguns meus hábitos	V
117	Não consigo controlar as minhas emoções	V	148	Gosto de inventar histórias estranhas	V	179	Alguns das coisas	V
118	Faço as coisas quando os outros não estão presentes	V	149	Os meus pais gostam das minhas coisas	V	180	Gosto de estar perto dos meus pais	V
119	Os meus pais não sempre estão comigo	V	150	Por vezes sou diferente	V	181	Adão de voltar de um momento de 9 meses	V
120	Quando falho em alguma coisa, sinto-me culpado	V	151	Raramente fico contente com o que os outros fazem	V	182	Faço frequentemente coisas más	V
121	Tenho problemas de estômago	V	152	Adão que tenho problemas de estômago	V	183	Sou um amigo de confiança	V
122	Os outros muitas vezes dizem coisas más para mim	V	153	Não gosto de ir para a escola	V	184	As outras crianças não gostam de estar comigo	V
123	Por vezes, quando estou sozinho, sinto-me culpado	V	154	Por vezes sinto-me culpado quando os outros não estão presentes	V	185	Não consigo parar de fazer coisas más	V
124	Gosto de tomar decisões	V	155	Quando estou sozinho, sinto-me culpado	V	186	Sou alguém em quem posso confiar	V

Tradução e adaptação de Carreira, M., Guimarães, S., Loureiro, H., Martins, R., Santos, R. (2001)

© 1997, 2000, 2003, 2006, 2009, 2012, 2015, 2018, 2021, 2024, 2027, 2030, 2033, 2036, 2039, 2042, 2045, 2048, 2051, 2054, 2057, 2060, 2063, 2066, 2069, 2072, 2075, 2078, 2081, 2084, 2087, 2090, 2093, 2096, 2099, 2102, 2105, 2108, 2111, 2114, 2117, 2120, 2123, 2126, 2129, 2132, 2135, 2138, 2141, 2144, 2147, 2150, 2153, 2156, 2159, 2162, 2165, 2168, 2171, 2174, 2177, 2180, 2183, 2186, 2189, 2192, 2195, 2198, 2201, 2204, 2207, 2210, 2213, 2216, 2219, 2222, 2225, 2228, 2231, 2234, 2237, 2240, 2243, 2246, 2249, 2252, 2255, 2258, 2261, 2264, 2267, 2270, 2273, 2276, 2279, 2282, 2285, 2288, 2291, 2294, 2297, 2300, 2303, 2306, 2309, 2312, 2315, 2318, 2321, 2324, 2327, 2330, 2333, 2336, 2339, 2342, 2345, 2348, 2351, 2354, 2357, 2360, 2363, 2366, 2369, 2372, 2375, 2378, 2381, 2384, 2387, 2390, 2393, 2396, 2399, 2402, 2405, 2408, 2411, 2414, 2417, 2420, 2423, 2426, 2429, 2432, 2435, 2438, 2441, 2444, 2447, 2450, 2453, 2456, 2459, 2462, 2465, 2468, 2471, 2474, 2477, 2480, 2483, 2486, 2489, 2492, 2495, 2498, 2501, 2504, 2507, 2510, 2513, 2516, 2519, 2522, 2525, 2528, 2531, 2534, 2537, 2540, 2543, 2546, 2549, 2552, 2555, 2558, 2561, 2564, 2567, 2570, 2573, 2576, 2579, 2582, 2585, 2588, 2591, 2594, 2597, 2600, 2603, 2606, 2609, 2612, 2615, 2618, 2621, 2624, 2627, 2630, 2633, 2636, 2639, 2642, 2645, 2648, 2651, 2654, 2657, 2660, 2663, 2666, 2669, 2672, 2675, 2678, 2681, 2684, 2687, 2690, 2693, 2696, 2699, 2702, 2705, 2708, 2711, 2714, 2717, 2720, 2723, 2726, 2729, 2732, 2735, 2738, 2741, 2744, 2747, 2750, 2753, 2756, 2759, 2762, 2765, 2768, 2771, 2774, 2777, 2780, 2783, 2786, 2789, 2792, 2795, 2798, 2801, 2804, 2807, 2810, 2813, 2816, 2819, 2822, 2825, 2828, 2831, 2834, 2837, 2840, 2843, 2846, 2849, 2852, 2855, 2858, 2861, 2864, 2867, 2870, 2873, 2876, 2879, 2882, 2885, 2888, 2891, 2894, 2897, 2900, 2903, 2906, 2909, 2912, 2915, 2918, 2921, 2924, 2927, 2930, 2933, 2936, 2939, 2942, 2945, 2948, 2951, 2954, 2957, 2960, 2963, 2966, 2969, 2972, 2975, 2978, 2981, 2984, 2987, 2990, 2993, 2996, 2999, 3002, 3005, 3008, 3011, 3014, 3017, 3020, 3023, 3026, 3029, 3032, 3035, 3038, 3041, 3044, 3047, 3050, 3053, 3056, 3059, 3062, 3065, 3068, 3071, 3074, 3077, 3080, 3083, 3086, 3089, 3092, 3095, 3098, 3101, 3104, 3107, 3110, 3113, 3116, 3119, 3122, 3125, 3128, 3131, 3134, 3137, 3140, 3143, 3146, 3149, 3152, 3155, 3158, 3161, 3164, 3167, 3170, 3173, 3176, 3179, 3182, 3185, 3188, 3191, 3194, 3197, 3200, 3203, 3206, 3209, 3212, 3215, 3218, 3221, 3224, 3227, 3230, 3233, 3236, 3239, 3242, 3245, 3248, 3251, 3254, 3257, 3260, 3263, 3266, 3269, 3272, 3275, 3278, 3281, 3284, 3287, 3290, 3293, 3296, 3299, 3302, 3305, 3308, 3311, 3314, 3317, 3320, 3323, 3326, 3329, 3332, 3335, 3338, 3341, 3344, 3347, 3350, 3353, 3356, 3359, 3362, 3365, 3368, 3371, 3374, 3377, 3380, 3383, 3386, 3389, 3392, 3395, 3398, 3401, 3404, 3407, 3410, 3413, 3416, 3419, 3422, 3425, 3428, 3431, 3434, 3437, 3440, 3443, 3446, 3449, 3452, 3455, 3458, 3461, 3464, 3467, 3470, 3473, 3476, 3479, 3482, 3485, 3488, 3491, 3494, 3497, 3500, 3503, 3506, 3509, 3512, 3515, 3518, 3521, 3524, 3527, 3530, 3533, 3536, 3539, 3542, 3545, 3548, 3551, 3554, 3557, 3560, 3563, 3566, 3569, 3572, 3575, 3578, 3581, 3584, 3587, 3590, 3593, 3596, 3599, 3602, 3605, 3608, 3611, 3614, 3617, 3620, 3623, 3626, 3629, 3632, 3635, 3638, 3641, 3644, 3647, 3650, 3653, 3656, 3659, 3662, 3665, 3668, 3671, 3674, 3677, 3680, 3683, 3686, 3689, 3692, 3695, 3698, 3701, 3704, 3707, 3710, 3713, 3716, 3719, 3722, 3725, 3728, 3731, 3734, 3737, 3740, 3743, 3746, 3749, 3752, 3755, 3758, 3761, 3764, 3767, 3770, 3773, 3776, 3779, 3782, 3785, 3788, 3791, 3794, 3797, 3800, 3803, 3806, 3809, 3812, 3815, 3818, 3821, 3824, 3827, 3830, 3833, 3836, 3839, 3842, 3845, 3848, 3851, 3854, 3857, 3860, 3863, 3866, 3869, 3872, 3875, 3878, 3881, 3884, 3887, 3890, 3893, 3896, 3899, 3902, 3905, 3908, 3911, 3914, 3917, 3920, 3923, 3926, 3929, 3932, 3935, 3938, 3941, 3944, 3947, 3950, 3953, 3956, 3959, 3962, 3965, 3968, 3971, 3974, 3977, 3980, 3983, 3986, 3989, 3992, 3995, 3998, 4001, 4004, 4007, 4010, 4013, 4016, 4019, 4022, 4025, 4028, 4031, 4034, 4037, 4040, 4043, 4046, 4049, 4052, 4055, 4058, 4061, 4064, 4067, 4070, 4073, 4076, 4079, 4082, 4085, 4088, 4091, 4094, 4097, 4100, 4103, 4106, 4109, 4112, 4115, 4118, 4121, 4124, 4127, 4130, 4133, 4136, 4139, 4142, 4145, 4148, 4151, 4154, 4157, 4160, 4163, 4166, 4169, 4172, 4175, 4178, 4181, 4184, 4187, 4190, 4193, 4196, 4199, 4202, 4205, 4208, 4211, 4214, 4217, 4220, 4223, 4226, 4229, 4232, 4235, 4238, 4241, 4244, 4247, 4250, 4253, 4256, 4259, 4262, 4265, 4268, 4271, 4274, 4277, 4280, 4283, 4286, 4289, 4292, 4295, 4298, 4301, 4304, 4307, 4310, 4313, 4316, 4319, 4322, 4325, 4328, 4331, 4334, 4337, 4340, 4343, 4346, 4349, 4352, 4355, 4358, 4361, 4364, 4367, 4370, 4373, 4376, 4379, 4382, 4385, 4388, 4391, 4394, 4397, 4400, 4403, 4406, 4409, 4412, 4415, 4418, 4421, 4424, 4427, 4430, 4433, 4436, 4439, 4442, 4445, 4448, 4451, 4454, 4457, 4460, 4463, 4466, 4469, 4472, 4475, 4478, 4481, 4484, 4487, 4490, 4493, 4496, 4499, 4502, 4505, 4508, 4511, 4514, 4517, 4520, 4523, 4526, 4529, 4532, 4535, 4538, 4541, 4544, 4547, 4550, 4553, 4556, 4559, 4562, 4565, 4568, 4571, 4574, 4577, 4580, 4583, 4586, 4589, 4592, 4595, 4598, 4601, 4604, 4607, 4610, 4613, 4616, 4619, 4622, 4625, 4628, 4631, 4634, 4637, 4640, 4643, 4646, 4649, 4652, 4655, 4658, 4661, 4664, 4667, 4670, 4673, 4676, 4679, 4682, 4685, 4688, 4691, 4694, 4697, 4700, 4703, 4706, 4709, 4712, 4715, 4718, 4721, 4724, 4727, 4730, 4733, 4736, 4739, 4742, 4745, 4748, 4751, 4754, 4757, 4760, 4763, 4766, 4769, 4772, 4775, 4778, 4781, 4784, 4787, 4790, 4793, 4796, 4799, 4802, 4805, 4808, 4811, 4814, 4817, 4820, 4823, 4826, 4829, 4832, 4835, 4838, 4841, 4844, 4847, 4850, 4853, 4856, 4859, 4862, 4865, 4868, 4871, 4874, 4877, 4880, 4883, 4886, 4889, 4892, 4895, 4898, 4901, 4904, 4907, 4910, 4913, 4916, 4919, 4922, 4925, 4928, 4931, 4934, 4937, 4940, 4943, 4946, 4949, 4952, 4955, 4958, 4961, 4964, 4967, 4970, 4973, 4976, 4979, 4982, 4985, 4988, 4991, 4994, 4997, 5000, 5003, 5006, 5009, 5012, 5015, 5018, 5021, 5024, 5027, 5030, 5033, 5036, 5039, 5042, 5045, 5048, 5051, 5054, 5057, 5060, 5063, 5066, 5069, 5072, 5075, 5078, 5081, 5084, 5087, 5090, 5093, 5096, 5099, 5102, 5105, 5108, 5111, 5114, 5117, 5120, 5123, 5126, 5129, 5132, 5135, 5138, 5141, 5144, 5147, 5150, 5153, 5156, 5159, 5162, 5165, 5168, 5171, 5174, 5177, 5180, 5183, 5186, 5189, 5192, 5195, 5198, 5201, 5204, 5207, 5210, 5213, 5216, 5219, 5222, 5225, 5228, 5231, 5234, 5237, 5240, 5243, 5246, 5249, 5252, 5255, 5258, 5261, 5264, 5267,



TABELA DE SÍNTESE						
Item	Resposta	Subtotal (Pont. T)	Pont. T	Item	Resposta	Subtotal (Pont. T)
Atividade com o mundo	4 = (10 x 3)	4	59			14
Atividade com os outros	6 = (10 x 3)	6	60			14
Preocupação com o futuro	8 = (10 x 3)	8	35			16
COMPOSANTE DE INADAPTAÇÃO SOCIAL			166			
Somatório dos Pont. T			52			
Atividade	10 = (10 x 3)	10	67			14
Uso de recursos	9 = (10 x 3)	24				13
Atividade social	3 = (10 x 3)	5	69			18
Atividade física	8 = (10 x 3)	23				10
Atividade intelectual	8 = (10 x 3)	8	57			10
COMPOSANTE DE PERTURBAÇÕES CLÍNICAS			193			
Somatório dos Pont. T			36			
Depressão	5 = (10 x 3)	5	59			16
Sintomas de ansiedade	9 = (10 x 3)	9	69			13
Relações com os pais	3 = (10 x 3)	5	42			15
Relações com os irmãos	0 = (10 x 3)	3	40			11
Auto-estima	0 = (10 x 3)	0	22			10
Auto-confiança	4 = (10 x 3)	4	38			19
COMPOSANTE DE AJUSTAMENTO PESSOAL			102			
Somatório dos Pont. T			17			
Índice de Sintomas Emocionais			263			
Média Pont. T			42			
Média Pont. T Invertida			156			
Média Pont. T Invertida			45,99			
Média Pont. T			25			
Comparação dos Componentes						
Diferença		Nível de Significância		Frequência		
Item 1 = 59	Item 2 = 38	Diferença = 21	Nível de Significância = 0,05	Frequência = 5%		

BPM: Folhas de registo



Pedopsiquiatria

Consulta de Psicometria

AVALIAÇÃO PSICOMOTORA (BPM)

Nome: _____ N°Proc: 731932

Datas: 17/10/2024 Avaliador: _____

Unidade	Factor Psicomotor	Perfil			
		4	3	2	1
1ª Unidade	Tonicidade		X		
	Equilibrção				
2ª Unidade	Lateralização	X			
	Noção do Corpo		X		
	Estruturação Espaço-Temporal		X		
3ª Unidade	Praxia Global		X		
	Praxia Fina		X		
TOTAL					

Escala de Pontuação:

1. Perfil Apráxico - Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (fraco)
2. Perfil Dispráxico - Realização com dificuldades de controlo (satisfatório)
3. Perfil Eupráxico - Realização controlada e adequada (bom)
4. Perfil hiperpráxico - Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (excelente)

Nota: 3,43 pelo teste: 1200 e PAUSA

Aspectos Somáticos e Morfológicos

Aspecto Somático: ECTO MESO ENDO

Desvios Posturais: _____

Controlo Respiratório:		4	3	2	1
		Inspiração			
Expiração					
Apneia					
Fatigabilidade					

Tonicidade 23/01/2024

Hipotonicidade Hipertonicidade 4?

		4	3	2	1
		Extensibilidade	Membros inferiores		
	Membros superiores		<		
	Passividade		X		
Paratonia	Membros inferiores	X			
	Membros superiores	<			
Diadococinésias	Mão direita				
	Mão esquerda				
Sincinésias	Bucais	X			
	Contralaterais	X			
MÉDIA			3,43		

Noção do Corpo

	4	3	2	1
Sentido Cinestésico 24/01/2013	✓	✓		
Reconhecimento Direita / Esquerda 24/01/2013		✓		
Auto Imagem (face) 16/01/2014	X			
Imitação de Gestos 16/01/2014			X	
Desenho do Corpo 26/01/2013			X	
MÉDIA			2,8	

Estruturação Espaço-Temporal

	4	3	2	1
Organização espacial 26/01/2013			X	
Estruturação Dinâmica 23/01/2014	X			
Representação Topográfica 23/01/2014		X		
Estruturação Rítmica 24/01/2013	Estrutura 1	X		
	Estrutura 2	X		
	Estrutura 3	X		
	Estrutura 4	X		
	Estrutura 5	X		
MÉDIA			2,7	

Praxia Global

	4	3	2	1
Coordenação óculo-manual 24/01/2013		X		
Coordenação óculo-pedal 24/01/2013		X		
Dismetria 24/01/2013	Membros superiores	X		
	Membros inferiores		X	
Agilidade 24/01/2013	X			
MÉDIA			2,5	

Avaliação Psicomotora 4

Equilíbrio 31/10/2013

	4	3	2	1
Equilíbrio Estático	Apoio rectilíneo			
	Ponta dos pés			
	Apoio num pé			
Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada			
	Trave (para a frente)			
	Trave (para trás)			
	Trave (do lado direito)			
	Trave (do lado esquerdo)			
	Saltos unipodal direito			
	Saltos unipodal esquerdo			
	Pés juntos para a frente			
Pés juntos para trás				
Pés juntos, olhos fechados				
MÉDIA				

Lateralização

	4	3	2	1
Lateralidade	X			

- Ocular: Esquerda Direita
- Auditiva: Esquerda Direita
- Manual: Esquerda Direita
- Pedal: Esquerda Direita
- Inata: Esquerda Direita

DAP: Folha de registo

1. Uso óculos



2. Livros de
curiosidade e
contos

2. olhos verdes

4. gosto de FP e Ciências

3. Cabelo encaracolado

Anexo K – Sessão e registo de sessão do LD

Tabela N1 - Sessão de PM, 12 de março de 2024

Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Diálogo inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Como correu a semana? - Há alguma novidade que queira contar? 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Check-in inicial <ul style="list-style-type: none"> • Colocar uma mão no peito e outra na barriga, fazer 5 respirações profundas e falar ou representar numa folha como é que o L. se sente hoje. - Relaxação <ul style="list-style-type: none"> • Pedir que se deite num colchão. Transmitir sensações de tranquilidade, calma e segurança. Respirar de forma calma e natural. Fazer um scanning ao corpo, dos pés à cabeça, relaxando-o. Fazer palpações nas diferentes zonas do corpo, dos pés à cabeça, com momentos de pausa e sem toque entre a passagem para outra zona corporal. Quando todo o corpo for percorrido, deixá-lo estar durante algum tempo. • Sugerir, quando se sentir confortável, mexer os dedos das mãos e dos pés, os braços, as pernas, a face, etc. Quando quiser, pedir que abra os os olhos e se levante. • Refletir como sentiu o toque do outro no seu corpo, como foi este toque para ele, as diferenças sentidas no corpo quando havia e não havia toque, como é que o meu corpo estava quando era tocado? o que é que o meu corpo sentiu depois de não estar a ser tocado? - Que situação é esta? <ul style="list-style-type: none"> • Existem quatro papéis, com quatro situações diferentes. Cada um deve escolher um papel, aleatoriamente, e representar a situação. O outro deve adivinhar a situação e quais as características específicas escritas no papel. • Pensar que emoções poderiam estar presentes nas situações descritas e representadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de interpretar os sinais corporais - Promover a capacidade de aceder à passividade de forma voluntária - Promover a capacidade autoconcentrativa, através do toque - Promover o esquema corporal, através do toque - Fomentar sensações de calma, tranquilidade e segurança - Estimular a tomada de consciência da alteração dos estados tónicos - Promover a capacidade de interpretar as emoções dos outros, pelas pistas não verbais - Promover a identificação e a compreensão das emoções 	
Desenvolvimento			
	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa entre as atividades sobre o que foi feito e quais as estratégias que utilizou para realizar a atividade - Reflexão sobre em que atividades da sua vida pode utilizar o que fez em sessão - Conversa final sobre como se sente no fim da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a interpretação das vivências corporais - Fomentar o transfer das atividades feitas em sessão para o quotidiano - Estimular a memória de curto prazo 	
Integração			
	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer um som que represente a sessão. Gravar o som. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a memória de curto prazo - Estimular a comunicação não verbal 	
Momento final			

Registo da sessão:

Nota: A azul encontram-se os pensamentos que a estagiária teve durante a sessão e/ou o registo da mesma

Começámos a sessão por falar sobre como tinha corrido a semana e o LD disse que tem estado tudo tranquilo e que não têm havido confusões. Reparei que o LD trazia umas meias cor-de-rosa com ursinhos e questionei-o sobre as mesmas, disse-me que eram umas meias da mãe e que teve de as calçar pois não tinha mais meias, porque tinham ido todas para o irmão e porque o pé do LD era grande. Perguntei porque é que não tinham ido comprar umas novas e ele disse que ainda não tinham tido tempo. (Isto fez-me pensar se a família menospreza o LD no geral, ou até mesmo em relação ao irmão, visto que também ele já referiu em sessões anteriores a presença de baratas no seu quarto, e a despreocupação em tirá-las de lá, e uma vez que trouxe as calças da mãe que, ainda por cima, estavam rasgadas.) Disse que as coisas têm estado tranquilas na escola, pois não tem interagindo com nenhum colega, ficando na sala no telemóvel a ver vídeos (Não percebo se existe um tema comum nos vídeos, visto que na sala de espera tanto está a ver vídeos sobre o Hiroxima como está a ver vídeos engraçados de animais, ou até mesmo a jogar jogos diferentes.) Contou que em casa também não têm havido situações de crise e que o irmão passou o fim de semana num acampamento de escuteiros. Perguntei ao LD se sentia saudades dos escuteiros e ele disse que não, porque quando chegava dos acampamentos estava cansado e depois a mãe pedia-lhe para fazer tarefas em casa e ele acabava por se irritar, o que provocava um momento de crise. Explicou, também, que ainda não encontrou nenhuma atividade extracurricular e, por isso, chegámos à conclusão que era melhor fazer uma pausa na procura e, mais tarde, voltar a procurar. (Por um lado acho que esta pausa na procura é positivo para o LD, pois não o coloca sob pressão para ter de encontrar algo, mas por outro lado preocupa-me o facto dele não ter nenhuma atividade extracurricular, pois sinto que isso pode torná-lo mais agarrado ao telemóvel.)

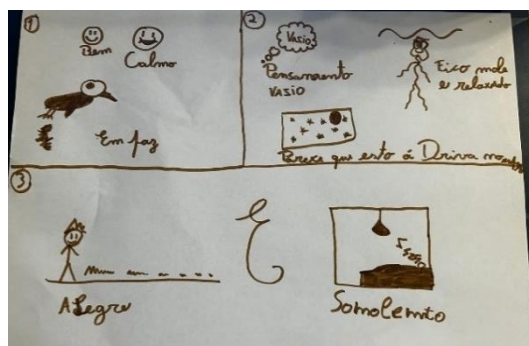
Foi feito o check-in inicial e o LD disse sentir-se bem. Perguntei o que é que este “bem” queria dizer e ele disse que não sabia, mas que estava bem.

De seguida foi feito o momento de relaxação. Durante este momento não induzi sensações de calma, tranquilidade e relaxamento, mas tentei que o L. se focasse nas sensações corporais que ele sentisse, fossem elas quais fossem, que as aceitasse, que pensasse nelas e, até, que lhes desse um nome. (Também fiz isto porque tenho sentido que a reflexão do LD sobre como se sente depois destes momentos é sempre calmo e relaxado e parece-me que ele o diz por sentir que tem de atingir os meus objetivos ou para me agradar.) Desta vez o LD manteve os olhos fechados o momento todo. Em todos estes momentos tenho sentido uma tensão nas mãos do LD. Sempre que lhe peço

para se deitar, reforço que as palmas das mãos devem ficar viradas para cima e quando faço as palpações com alguma pressão nas mãos os dedos esticam, mas depois voltam a ficar ligeiramente dobrados. No final, fiz o scan corporal e pedi que começasse a mexer o corpo de forma lenta e com movimentos mais curtos, passando, depois, para movimentos mais amplos e, pela primeira vez, o LD conseguiu fazê-lo segundo a minha orientação, não se levantando mais cedo nem ficando imóvel, como já tinha acontecido anteriormente. (Acredito que a relaxação possa estar a ser proveitosa para o LD, pelas pequenas demonstrações corporais que vai alterando ao longo das sessões.) Quando se levantou afirmou "*Parece quando nos levantamos da cama e estamos quentinhos*" e "*Agora sinto-me eu com sono*". Perguntei se se lembrava sobre o que tinha sido falado na última sessão, sobre a importância desde momento. De uma forma geral ele lembrava-se do que tínhamos falado, mas não se lembrava das três perguntas que podem ser respondidas com momento, por isso decidimos escrevê-las num papel para que ele se pudesse ir lembrando ao longo das sessões. Escrevemos "Como é que o meu corpo se sente?", "Como é que o meu corpo reage/expressa as sensações?" e "Como é que eu respondo a estas reações?" e o LD decidiu colocar uma ordem, 1, 2, 3 respetivamente, nas frases escritas. Pedi que numa folha respondesse, através de uma representação livre, a estas três perguntas, relativamente ao momento de relaxação que tinha vivenciado. O LD mostrou-se bastante empenhado nesta atividade, demorando algum tempo nesta reflexão. Duas reflexões que se sobressaíram foi o facto de ele ter respondido à pergunta "Como é que o meu corpo reage/expressa as sensações?" com um desenho de "vazio" e "estar à deriva no espaço", dizendo que estas são sensações positivas porque o fazem sentir calmo. (Este sentimento de vazio, de estar no espaço, de se sentir a voar/levitar já tinha sido referido pelo LD em outras sessões e, antes desta sessão, discuti com a orientadora local sobre este tópico e ela disse-me que seria interessante pensar em atividades de relaxação mais virados para a somatognosia e para o esquema corporal, de forma a tentar diminuir estas sensações quase de dissociação de partes do corpo, ou mesmo do corpo e da mente. Algumas ideias que sugeriram foram, realizar um momento de contração/descontração mais ativo, circulando pela sala, e fazer uma reflexão de um destes momentos de relaxação através do desenho do corpo em papel de cenário e, depois, serem colocadas as sensações nas zonas do corpo.) Sobressaiu, também, o facto de ele responder às reações sentindo-se, exatamente quando o momento termina, sonolento, mas, depois de refletir sobre o que experienciou, alegre. Para terminar, questionei o porquê de o LD ter colocado uma ordem nas perguntas e se achava que podia, ou não, haver outra ordem para responder às perguntas. Respondeu que sim, dizendo que podia primeiro perceber as respostas do corpo e depois pensar nas sensações do mesmo, por exemplo.

Uma vez que já não havia mais tempo para a sessão, pedi que fizesse o som que representasse a sessão e o LD fez um som de bocejo. (Esta última atividade irá ser realizada na próxima sessão.)

Figura O1 - Representação do LD sobre o momento de relaxação



Na próxima sessão, vou fazer a atividade que não foi realizada e tentar que o LD reflita sobre as possíveis emoções sentidas nas situações representadas e como é que a personagem responde às três perguntas nestas situações.

Na reflexão que fiz com a Sara antes desta sessão também tivemos algumas ideias para desenvolver alguns dos objetivos definidos para o LD, mas também situações e respostas realizadas pelo LD em sessão.

- Para despromover a necessidade de agradar o outro (mais especificamente, a mim nos momentos de relaxação), para o LD ter mais controlo nos momentos de relaxação e para estar mais ativo nos mesmos pensamos numa atividade de colocar diferentes objetos debaixo ou por cima de diferentes zonas do corpo e depois ir tirando-as desde o mais desconfortável para o menos desconfortável; e numa atividade de comparar um momento em que são induzidas sensações positivas com um momento em que são induzidas sensações negativas.
- Para trabalhar a relação com o outro pensamos numa atividade em que existia um escultor (pessoa 1) que tinha de esculpir na estátua (pessoa 2) uma situação ou ação, para que esta adivinhasse.

Durante a sessão pensei, também, em fazer uma atividade em que o LD tinha de pensar nas 3 perguntas em outras situações que não fossem as de relaxação, podendo estas ser inventadas (de preferência) ou da vida do LD (e.g.: momento de crise, ansiedade, tristeza, felicidade, irritabilidade, cansaço...)

Para além disto, embora pense que possa estar a atingir alguns resultados com o LD, por vezes fico na dúvida pois sei que existe uma grande facilidade deste me mentir, seja por sentir que tem de me agradar, dizendo que se sente bem ou mais calmo pois acha que é isso que eu espero dele, ou por outra razão qualquer.

Anexo L – Avaliação Final do LD

BASC: Folhas de registo e cotação – Mãe

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente:
 N – Nunca O – Ocasionalmente F – Frequentemente S – Sempre

1	Complementa e elogia os outros	N	Ø	F	S	33	Pede ajuda de forma educada	Ø	F	S
2	Magoa os outros	N	O	F	S	34	Tem "mau perder"	N	O	F
3	Tem dificuldade em adormecer	N	Ø	F	S	35	É nervoso	N	O	F
4	Esquece-se de coisas	N	O	Ø	S	36	Tem um baixo nível de vigilância	Ø	F	S
5	Vê coisas que não existem	Ø	F	S		37	Parece estar for a da realidade	N	O	Ø
6	Tem problemas com a polícia	Ø	F	S		38	Fuma ou mascar tabaco	N	O	Ø
7	Diz: "Quero suicidar-me"	N	O	Ø	S	39	Chora facilmente	N	Ø	Ø
8	Precisa de demasiada supervisão	N	O	Ø	S	40	Tem acessos de mau humor	N	O	Ø
9	É criativo	Ø	F	S		41	Tem muitas ideias	Ø	F	S
10	Queixa-se de dificuldade em respirar	N	Ø	F	S	42	Queixa-se de torturas	N	Ø	F
11	Evita competir com outros adolescentes	N	Ø	F	S	43	É tímido perante os adultos	Ø	F	S
12	Inicia conversas de forma apropriada	Ø	F	S		44	Responde quando falam para ele	N	Ø	F
13	Desafia as outras crianças para fazerem coisas	N	Ø	F	S	45	Argumenta quando é contrariado	N	O	Ø
14	Diz: "Não sou muito bom nisto"	N	O	Ø	S	46	Fica doente antes de um teste importante	Ø	F	S
15	Gagueja	Ø	F	S		47	Faz as tarefas a tempo	Ø	F	S
16	Tem ideias estranhas	N	O	Ø	S	48	Mostra-se inexpressivo	N	Ø	F
17	Rouba em casa	N	Ø	F	S	49	Queixa-se da polícia ou outros agentes de autoridade	Ø	F	S
18	Queixa-se de ser arrejado	N	O	Ø	S	50	Diz: "Odeio-me"	N	O	Ø
19	Fica irrequieto durante os filmes	Ø	F	S		51	Não consegue esperar pela sua vez	N	O	Ø
20	Toma decisões facilmente	N	Ø	F	S	52	É habitualmente escolhido como líder	Ø	F	S
21	Queixa-se de sentir frio	Ø	F	S		53	Tem dores de cabeça	N	Ø	F
22	Muda de direcção para evitar cumprimentar alguém	Ø	F	S		54	Recusa-se a participar em actividades de grupo	Ø	F	S
23	Encoraja os outros para que dêm o seu melhor	Ø	F	S		55	Tem boas manciças à mesa	N	Ø	F
24	Dá ordens a quem está à sua volta	N	Ø	F	S	56	Ameaça magoar os outros	N	Ø	F
25	Diz: "Tenho medo de vir a cometer um erro"	Ø	F	S		57	Acorda assustado após os sonhos	Ø	F	S
26	Brinca com o fogo	N	Ø	F	S	58	Queixa-se de não conseguir impedir pensamentos indesejáveis	Ø	F	S
27	Foge de casa durante a noite	Ø	F	S		59	Já foi suspenso da escola	Ø	F	S
28	Amua	N	O	Ø	S	60	É triste	N	O	Ø
29	Ape sem pensar	N	O	F	Ø	61	Interrompe os pais quando estes estão a falar ao telefone	N	O	F
30	Tem muita energia	Ø	F	S		62	Fala quando a situação o exige	N	Ø	F
31	Queixa-se de dores no peito	N	Ø	F	S	63	Tem reacções alérgicas	Ø	F	S
32	Consome bebidas alcoólicas	Ø	F	S		64	É mais influenciado pelos amigos do que pelos pais	N	O	F

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente:
 N – Nunca O – Ocasionalmente
 F – Frequentemente S – Sempre

65	Diz: "Por favor" e "Obrigado"	Ø	F	S		96	Mostra interesse pelas ideias dos outros	Ø	F	S
66	Culpa os outros	N	O	F	Ø	97	Arreia os outros	N	O	Ø
67	É medroso	Ø	F	S		98	Preocupa-se	N	O	Ø
68	Tem problemas de concentração	N	O	F	Ø	99	Faz os trabalhos de casa do início ao fim sem fazer um intervalo	Ø	F	S
69	Tenta maior-se a si próprio	N	Ø	F	S	100	Perde-se	Ø	F	S
70	Usa linguagem obscena	N	O	F	Ø	101	Mente, para fugir dos problemas	N	O	F
71	Muda de humor rapidamente	N	O	F	Ø	102	Diz: "Ninguém gosta de mim"	N	O	Ø
72	Bate repetidamente com o pé ou lápis	Ø	F	S		103	Interrompe os outros quando estão a falar	N	O	Ø
73	É bom a motivar as pessoas para trabalharem juntas	Ø	F	S		104	Dá boas sugestões para a resolução de problemas	N	Ø	F
74	Queixa-se de problemas de saúde	N	O	Ø	S	105	Tem problemas de estômago	Ø	F	S
75	Evita outros adolescentes	Ø	F	S		106	Recusa-se a falar	N	Ø	F
76	Tenta valorizar o melhor das outras pessoas	Ø	F	S		107	Faz sugestões sem ofender os outros	N	Ø	F
77	Bate nas outras crianças	Ø	F	S		108	Parte objectos de outras crianças	N	Ø	F
78	Preocupa-se com coisas que não podem ser alteradas	N	O	Ø	S	109	Tem medo de morrer	Ø	F	S
79	Ouve as indicações dos outros	N	Ø	F	S	110	Distrai-se com facilidade	N	O	Ø
80	Repete muitas vezes a mesma actividade	Ø	F	S		111	Ouve sons que não existem	Ø	F	S
81	Arranja problemas com os vizinhos	Ø	F	S		112	Consome drogas ilegais	N	Ø	F
82	Diz: "Ninguém me compreende"	N	O	Ø	S	113	Diz: "Quero morrer" ou "Quem me dera estar morto"	N	O	Ø
83	É excessivamente activo	Ø	F	S		114	Distrai-se com pequenas coisas durante as refeições	Ø	F	S
84	Frequenta actividades extra-curriculares	Ø	F	S		115	Tem iniciativa	N	Ø	F
85	Queixa-se de sentir calor	Ø	F	S		116	Queixa-se de dores	N	O	Ø
86	É tímido perante outros adolescentes	Ø	F	S		117	Tem dificuldade em fazer novos amigos	N	O	Ø
87	Voluntaria-se para ajudar	N	Ø	F	S	118	Sorri para os outros	Ø	F	S
88	É cruel para os animais	Ø	F	S		119	Tem espasmos musculares	Ø	F	S
89	Dorme com os pais	Ø	F	S		120	Tem problemas de audição	N	O	F
90	Ingere coisas que não são comida	Ø	F	S		121	Diz: "Tenho medo de vir a magoar alguém"	Ø	F	S
91	Mente	N	O	F	Ø	122	Tem amigos que estão metidos em problemas	N	O	Ø
92	Fica transformado facilmente	N	O	F	Ø	123	Tem convulsões	Ø	F	S
93	Toma medicamentos	N	O	F	Ø	124	Tem problemas de visão	N	O	F
94	Associa-se a clubes ou grupos sociais	Ø	F	S		125	Trabalha bem sobre pressão	Ø	F	S
95	Vai ao médico com frequência	N	O	F	Ø	126	Adoece	N	Ø	F

Página de cotação dos Itens

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Código	Situação	
						Ativo	Passivo
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

Índice F - 7

BASC

TABELA DE SÍNTESE

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Médio	Valor Máximo	Valor Mínimo	Índice	% Qual. Aceita	% de Ponder.
Problemas de Contexto	15	(10 x 1) = 15	32	32	32	32	11	82,62	9,3
Problemas de Contexto	15	(10 x 1) = 15	38	38	38	38	11	88,48	9,8
Problemas de Contexto	19	(10 x 1) = 19	88	88	88	88	14	96,80	9,9
COMPONENTE DE PROBLEMAS EXTERIORES		Soma dos Pont. T		238					
		Pont. T de Probl. Ext		85					
Assimilado	7	(10 x 1) = 7	50	50	50	50	11	68,48	8,1
Diferença	24	(10 x 1) = 24	170	170	170	170	11	120,40	9,9
Soma total	12	(10 x 1) = 12	37	37	37	37	11	38,64	9,6
COMPONENTE DE PROBLEMAS INTERNACIONAIS		Soma dos Pont. T		239					
		Pont. T de Probl. Int		85					
Algebra	6	(10 x 1) = 6	65	65	65	65	11	35,53	8,8
Textos e Exercícios	5	(10 x 1) = 5	51	51	51	51	11	62,46	3,2
Problemas Matemáticos	8	(10 x 1) = 8	52	52	52	52	11		
ÍNDICE DE SINTOMAS COMPLEMENTARES		Índice dos Pont. T		32	Soma dos Pont. T		433		
		Pont. T de ISC		80			85,75	9,9	
Competências Sociais	5	(10 x 2) = 5	22	22	22	22	7	28,16	1
Liderança	4	(10 x 3) = 4	25	25	25	25	7	31,19	1
COMPONENTE DE COMPETÊNCIAS ADAPTATIVAS		Média Pont. T		24	Soma dos Pont. T		47		
		Pont. T de Adaptado		21			26,76	1	
Comparação dos Componentes		Diferença		01	01		Frequência		
Probl. Ext		Probl. Int		0	10		11		

BASC: Folhas de registo e cotação – LD

1	Sou bom a fazer novos amigos	V	32	Preço de ajuda para me entender com os outros	V	63	As pessoas acham agradável estar comigo	V	F
2	Não consigo controlar o que se passa comigo	V	33	Os meus pais culpam-me por muitos dos seus problemas	V	64	Não aguento todas as responsabilidades que tenho em casa	V	F
3	Não gosto de pensar sobre a escola	V	34	Gostava que não existissem beldades esportivas	V	65	Não me preocupar com a escola	V	F
4	Gostava de mim como sou	V	35	A minha aparência preocupa-me	V	66	Gostava de ser outra pessoa	V	F
5	Tenho medo de muitas coisas	V	36	Os meus sentimentos são fortes e com facilidade	V	67	Tenho medo de ser humilhado por um professor	V	F
6	Gosto de argumentar	V	37	Gosto de me sentir assustado	V	68	Preferia trabalhar para os Serviços Secretos que ser professor	V	F
7	Parece que não faço nada certo	V	38	Não me preocupa "nada"	V	69	Nunca tenho nada para fazer que seja de facto divertido	V	F
8	As pessoas agem como se não me vissem	V	39	As outras pessoas estão contra mim	V	70	Por vezes sinto-me como se fosse amado	V	F
9	Vou sempre a ler para a escola	V	40	Faço os trabalhos de casa sempre a tempo	V	71	A minha vida social é perfeita	V	F
10	Sou uma pessoa importante na minha família	V	41	Se eu pudor, os meus pais arranjariam-me um novo pai	V	72	Os meus pais confiam em mim	V	F
11	Existe alguém que me quer magoar	V	42	Por vezes quero magoar-me	V	73	Sinto inquietação	V	F
12	Os professores são pessoas agradáveis	V	43	Os meus professores exigem demais	V	74	A maioria dos professores são ignorantes	V	F
13	Estimularia outras coisas de uma forma	V	44	O jornal local tem uma história sobre mim quase todos os dias	V	75	O Super Homem é uma pessoa real	V	F
14	Nunca consigo os meus objetivos	V	45	Não gosto que as outras pessoas saibam as minhas notas	V	76	Quero fazer melhor mas não consigo	V	F
15	Sou uma pessoa saudável	V	46	Tenho medo de ter cancro	V	77	Tenho muitas dores de cabeça	V	F
16	Sou uma pessoa simpática	V	47	Os outros respeitam-me	V	78	Gosto de fazer novos amigos	V	F
17	Os meus pais esperam demasiado de mim	V	48	Os meus pais controlam a minha vida	V	79	Culpam-me por muitas coisas que não faço	V	F
18	A escola é uma perda de tempo	V	49	Deixei a escola	V	80	A minha escola parece-me boa	V	F
19	Preocupação com o que as pessoas pensam de mim	V	50	Preocupo-me com pequenas coisas	V	81	Tenho dificuldade em organizar os meus pensamentos	V	F
20	Faço quando os meus amigos me desafiam a fazer alguma coisa	V	51	Gosto de praticar desportos radicais	V	82	Adoro trovoadas	V	F
21	Ninguém me compreende	V	52	Sinto-me desapoiado pelo dos meus amigos	V	83	Nada corre como eu gostaria	V	F
22	As vezes sinto-me sozinho mesmo quando existem pessoas comigo	V	53	Colocam-me à parte das coisas	V	84	Sinto-me realmente ansioso	V	F
23	Gosto de todas as pessoas que conheço	V	54	Por vezes fico farto com os meus pais	V	85	Penso sempre antes de agir	V	F
24	Olgo vezes na minha cabeça	V	55	Por vezes faço as coisas repetidamente e não consigo parar	V	86	Quando estou zangado atiro com coisas	V	F
25	Os professores compreendem-me	V	56	Os professores estão sempre a dizer coisas de mau gosto	V	87	A maior parte dos professores são preguiçosos	V	F
26	Não vejo um carro lá pelo menos 6 meses	V	57	O que eu quero parece que nunca é importante	V	88	As pessoas dizem-me coisas más	V	F
27	Quando me sinto triste não consigo pensar	V	58	Fui fracasso habitualmente	V	89	Para a maior parte das pessoas os testes não são justos	V	F
28	Tenho situações de desânimo	V	59	As outras pessoas são mais saudáveis que eu	V	90	Por vezes deixo-me os ouvidos sem razão	V	F
29	Aborresco-me com pequenas coisas	V	60	Preocupo-me com o que vai acontecer "depois"	V	91	Os meus colegas de turma não gostam de mim	V	F
30	Já fui ao Conselho Diretivo pelo menos 5 vezes	V	61	Vou coisas estranhas	V	92	Passo da alegria à fama muito depressa	V	F
31	Sou bom a tomar decisões	V	62	Sou bom a mostrar aos outros como fazer as coisas "de forma correta"	V	93	Sou uma pessoa de confiança	V	F

Tradução e adaptação de: Carreto, M., Guimarães, S., Lourenço, H., Martins, R., Santos, R. (2001)
 "quando está a trabalhar" "quando está a estudar"
 "quando está a trabalhar" "quando está a estudar"

BASC (Behavior Assessment System for Children)				FASE II (11-13 anos)					
94	Sinto-me próximo dos outros	V	125	As pessoas gostam de mim porque é fácil falar comigo	V	156	Normalmente, os meus amigos são simpáticos comigo	V	F
95	As pessoas zangam-se comigo mesmo quando não faço nada de errado	V	126	As pessoas esperam muito de mim	V	157	As coisas não simplesmente acontecem	V	F
96	Mãe penso esperar para alargar a escola	V	127	A escola aborrece-me	V	158	A escola é aborrecida	V	F
97	Tenho traseira com a minha aparência "na escola"	V	128	Gosto da minha aparência	V	159	Gostava de ser diferente	V	F
98	Ando quase sempre preocupado	V	129	Preocupo-me com o que de mal me pode acontecer	V	160	Quando as coisas não me correm bem fico nervoso	V	F
99	Gosto de lutar	V	130	Gosto de estar máiz com e sem razão	V	161	Letras em branco na escola	V	F
100	Nada está correto em mim	V	131	A vida está a ficar cada vez pior	V	162	Sou bom apenas em uma ou duas coisas	V	F
101	Sinto que os outros não gostam da maneira como eu faço as coisas	V	132	As outras crianças são mais fortes que eu	V	163	As outras pessoas vêm sempre coisas erradas em mim	V	F
102	Faço zangado quando me criticam	V	133	Digo sempre a verdade	V	164	Sou a pessoa mais popular do bairro	V	F
103	Os meus pais têm orgulho em mim	V	134	Os meus pais riamem aquilo que eu digo	V	165	Em casa, ando no tomado de decisões	V	F
104	Algumas vezes tenho sensações estranhas na pele	V	135	Tenho muitos acidentes	V	166	Tenho pesadelos muitas vezes	V	F
105	Os professores riramem conscientemente, para as coisas não que faço	V	136	Os meus professores preocupam-se comigo	V	167	Os meus professores têm frequentemente orgulho em mim	V	F
106	Nada me corre bem	V	137	Faço uma viagem inaturna pelo menos 2 vezes por semana	V	168	A televisão não existe na realidade	V	F
107	Fico sempre desapoiado com as minhas notas	V	138	No sala de aula não gosto que me chamem ao quadro	V	169	Passo facilmente "bom parreirão"	V	F
108	Tenho mais problemas de estômago que a maioria das pessoas	V	139	Tenho frequentemente dores de garganta	V	170	Tenho dificuldade em confiar a escola	V	F
109	Os outros gostam de mim	V	140	Gosto de escolher outras pessoas	V	171	Tenho dificuldade em fazer novos amigos	V	F
110	Não consigo parar de fazer disparates	V	141	Sinto-me culpado por coisas em que não posso ajudar	V	172	Os meus pais estão sempre a dizer o que devo fazer	V	F
111	Termino o trabalho e imediatamente paro	V	142	Tenho bom aspecto	V	173	Tenho um cabelo bonito	V	F
112	Sinto-me culpado por certas coisas	V	143	Sou nervoso	V	174	A noite, quando me deito fico preocupado	V	F
113	Gosto de ir mais com a alta velocidade "no carro"	V	144	Gosto de arriscar	V	175	Acho que andar coisas seria excitante	V	F
114	Nunca alongo me com as coisas	V	145	Os adultos têm uma vida melhor que eu	V	176	Tenho sempre azar	V	F
115	Estou satisfeito	V	146	Sinto-me desiludido quando estou em grupo	V	177	Os meus amigos são mais engraçados que eu	V	F
116	As vezes fico farto	V	147	Faço sempre o que os meus pais me pedem	V	178	Tenho alguns maus hábitos	V	F
117	Não consigo controlar os meus pensamentos	V	148	Gosto de inventar histórias estranhas	V	179	Ainda faço birras	V	F
118	Faço o meu trabalho quando o professor passa perto	V	149	Os meus pais gostam dos meus amigos	V	180	Gosto de estar perto dos meus pais	V	F
119	Os meus pais são sempre razão	V	150	Por vezes sou ciumento	V	181	Avistei de voltar de um excursions de 3 meses	V	F
120	Quando falho em alguma coisa, deito e faço outra coisa qualquer	V	151	Raramente fico contente com o meu empenho na escola	V	182	Fico frequentemente doente antes dos testes	V	F
121	Tenho problemas de estômago frequentemente	V	152	Acho que tenho problemas de coração	V	183	Sou um amigo de confiança	V	F
122	Os outros não gostam de estar comigo	V	153	Ninguém gosta de mim	V	184	As outras crianças não gostam de estar comigo	V	F
123	Por vezes, quando estou sozinho digo o meu nome	V	154	Por vezes digo coisas que me dizem para fazer coisas más	V	185	Não consigo parar de fazer coisas más	V	F
124	Gosto de tomar decisões à minha maneira	V	155	Quando estou enredo, consigo alisar as coisas de forma a ficarem novamente corretas	V	186	Sou alguém em quem posso confiar	V	F

Tradução e adaptação de: Carreto, M., Guimarães, S., Lourenço, H., Martins, R., Santos, R. (2001)

BASC - 20/06/2024

18. "Gosto de estar o dia todo na escola"
"Se não for para aprender é uma perda de tempo"
20. "Se for ajuda aquele velhote, justo; se for rouba, não justo"
21. "Depende"
"Amanhã talvez, mas a hora não"
25. "Houve algo? Não sei"
27. "Brincadeira de adulto" "é muito difícil"
"Baqueio, branca, moreta, bilita"
28. "O João não ouvia voz"
35. "Estou bem gordo"
36. "mais do que verdadeiro"
"se eu aceitar como amigo, mas o outro não é igual a ferir-me os sentimentos"
42. "muitas quando me irrita a grande é francesa"

43/41

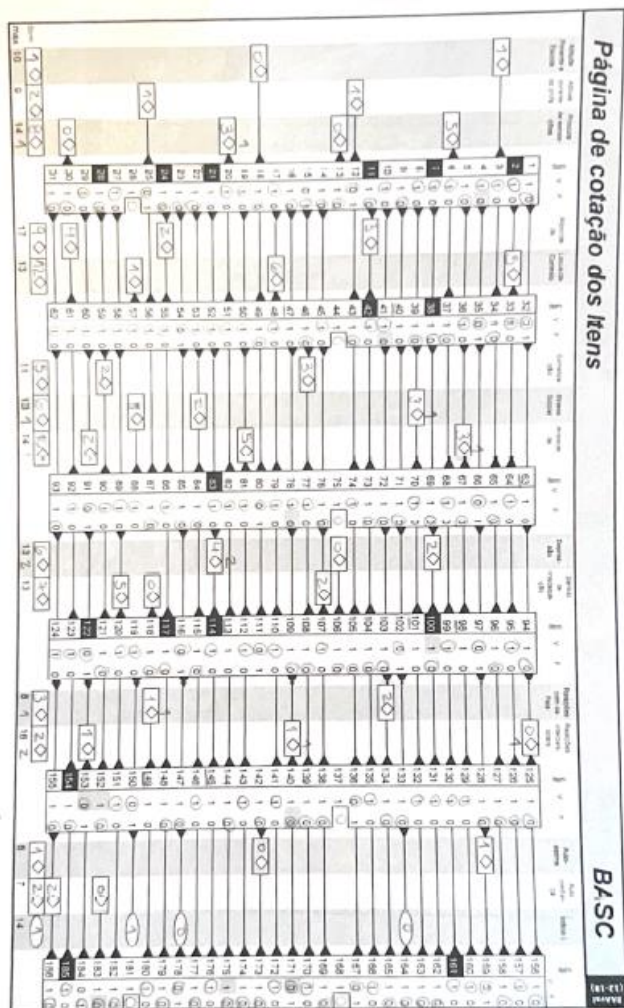
47. "sinto-me respeitado pelos outros?" "Pode se dizer que sim"
50. "A minha coisa é uma chatice"
"Claro e mais alguma coisa, até as coisas alheias"
55. "por exemplo eu parto conchas e acontece muitas vezes pq sou desastrado"
"todos os dias há problemas dos jogos"

BASC Luis - 25/6/2024

98. "fico + preocupado quando estou + elétrico"
"na última semana estive des preocupado, mas nas últimas duas muito preocupado"
103. "nas últimas tempos parece que não, mas antes sim"
105. "os professores dizem que tenho milhares de coisas boas"
123. "quando estou a ouvir a série do Jones"
"quando estou no meio de uma novidade"
131. "fazou cada vez a irritar-me mais"
136. "eu não sei, mas acho que sim"
138. "é aquilo que mais gosto"
"gosto de mostrar aos outros que não podem zozar comigo, por que eles são mais burros que eu"
"NHURROS - Eles sabem que tu sabes, mas zozam comigo na mesma. Quando ^é aberto calam-se e beiram a cabeça."
139. "so quando gosto muito"

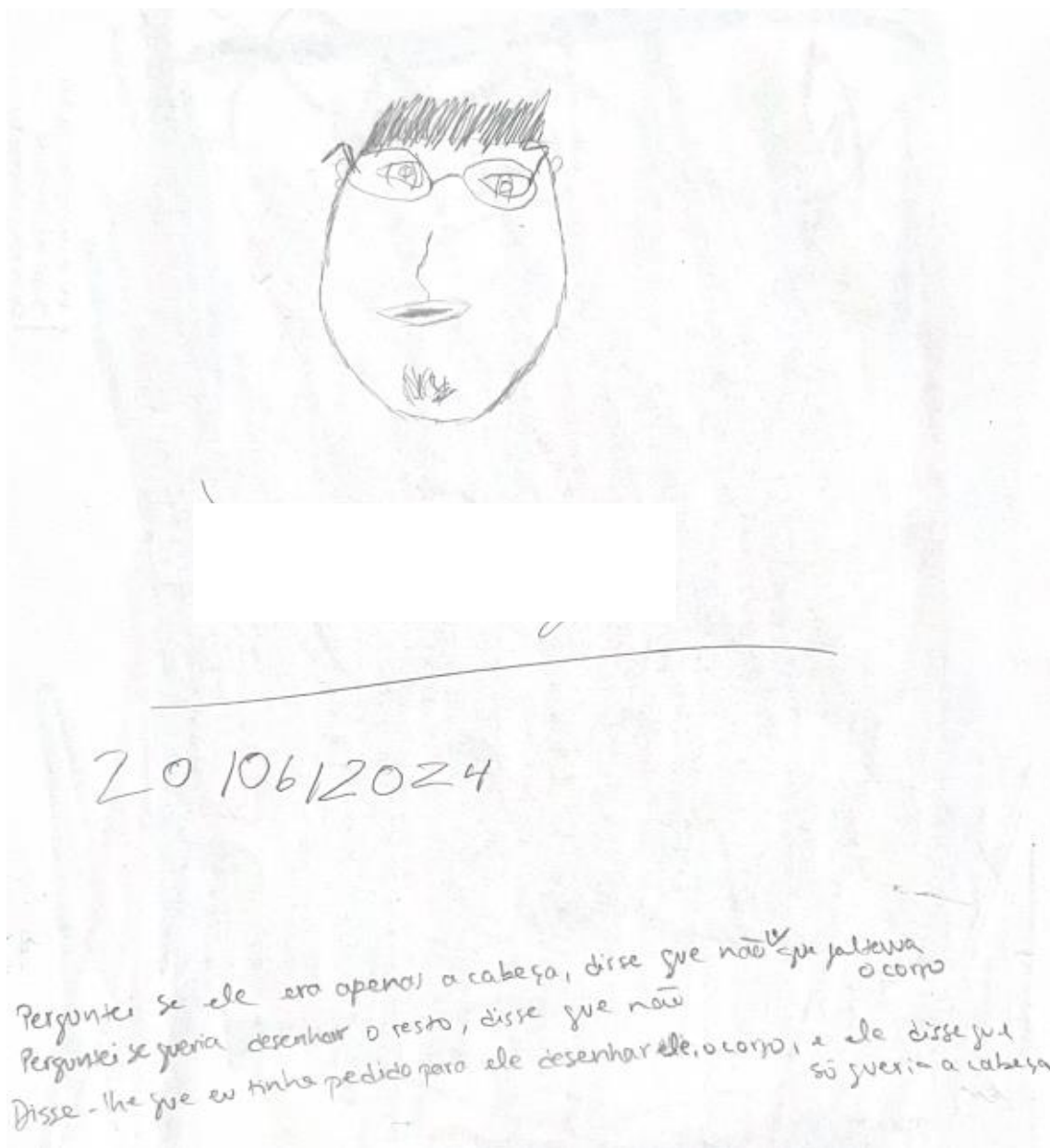
143. "nervoso é = alioal efílico e estar irritado é a farsca e depois transforma-se em jogo, que é em praticamente destruir tudo"

144. "para ser o atemorvel tenho de fazer as tarefas ^{ou a casa} ~~o~~ " "arriscar = não dizer que não"
"obrigo-me"



Índice F = 4
Índice V = 6
Índice L = 1

TABELA DE SÍNTESE						
Item	Quantidade	Descrição (Cotação)	Ponto de Cotação	Ponto de Medição	Medida	% de Acerto
Atividade com a medida	1	(\diamond x 3) = 1	1	40	14	48,32 79
Atividade com os pontos	2	(\diamond x 3) = 2	2	45	14	53,32 38
Processo de Simulação	8	(\diamond x 3) = 43	43	35	16	65,68 99
COMPONENTE DE INADAPTAÇÃO EM C/AL			Somatório do Ponto 1		160	
			Ponto 1 da 1ª Escala		34	
Atividade	9	(\diamond x 3) = 9	9	64	27	71,56 89
Exercício de Controle	12	(\diamond x 3) = 12	12	34	17	81,42 98
Atividade	5	(\diamond x 3) = 5	5	28	18	79,58 94
Atividade Social	6	(\diamond x 3) = 17	17	27	18	76,67 94
Atividade	10	(\diamond x 3) = 15	15	32	22	79,68 99
COMPONENTE DE PERFORMANÇAS TÉCNICAS			Somatório do Ponto 1		348	
			Ponto 1 dos Pts. C/tes		37	
Dependência	6	(\diamond x 3) = 6	6	62	10	68,56 87
Atividade de Indagação	7	(\diamond x 3) = 7	7	62	12	30,34 86
Relações de B/BB	3	(\diamond x 3) = 4	4	33	11	45,29 12
Relações Interiores	2	(\diamond x 3) = 4	4	16	11	25,7 1
Atividade Externa	1	(\diamond x 3) = 1	1	26	10	36,19 4
Atividade Confiança	2	(\diamond x 3) = 2	2	24	16	41,14 3
COMPONENTE DE AJUSTAMENTOS PSICOM			Somatório do Ponto 1		153	
			Ponto 1 de Apto. Pessoal		16	
ÍNDICE DE RESPOSTAS EMOCIONAIS			Índice do Ponto 1		123	(100 - 01) = 27 - Média Ponto 1
			Índice do Ponto 1 do IM		36	39,33 Acerto 98
Comparação dos Componentes			Total de Supremacia			
			FERRUGEM		80	III
Total C/tes			510 < 134	Ponto C/tes	20	4
						5%



Anexo M – Avaliação Inicial do DS

EMoB: Folha de registo

Escala Motora Breve - EMoB
(adaptação de Guimarães, Santos, Lebre, 2014)

Código: _____
(mat) (ind) (mês/ano)

Instruções de registo

Deve ser analisada e registada a dominância lateral do sujeito (ver instruções da prova)

O entrevistador deve registar a pontuação (0, 1, 2) de cada item nesta folha de registo:

a) A pontuação de cada item é assinalada na respetiva célula (subtotal e total do item)

b) No caso do item ter duas cotações (Direita e Esquerda) deve ser realizada a média simples das duas cotações e assinalar na coluna dos total do item

c) A pontuação dos itens 2, 3, 5, 9 e 10 é somada para se obter o valor da Coordenação Motora

d) A pontuação dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 é somada para se obter o valor da Sequência Motora

e) Para se obter a pontuação Total devem ser somados todos os itens da prova

Itens	Subtotal		Total do item	
	D	E		
1. Pronação - Supinação	0	1	2	3
	0	1	2	
2. Diadocinesias	0	1	2	2
3. Oserezky	0	1	2	1
4. Tamborilar	0	1	2	2
	0	1	2	
5. Bater o pé	0	1	2	1
	0	1	2	
6. punho - anel	0	1	2	1
	0	1	2	
7. Punho - lado - palma	0	1	2	2
	0	1	2	
8. Estruturação rítmica	0	1	2	1
9. Ritmo de batimento bilateral	0	1	2	1
10. Persistência da fixação do olhar	0	1	2	0
	0	1	2	

Soma dos itens 2, 3, 5, 9, 10 (Coordenação Motora) CMo

Soma dos itens 1, 4, 6, 7, 8 (Sequência Motora) SMo

Soma de todos os itens (Pontuação Total) PT

*Epilêpsia o MHC - Inabilidade - manter
o equilíbrio durante 1 min de olhos fechados
Pontos de pé - manter-se bem de olhos abertos -
fechados. Assim como no teste realizado esta
mulher CI o olho sobe e esquerda.*

GOC: Folhas de registo

1. COMPORTAMENTO E DESEMPENHO NA SESSÃO		
1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	2	Por inibição e integração no grupo
b. Cooperante	3	
c. Distraído	1	
d. Motivado	3	
e. Passivo	1	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	2	
b. Com estímulo	3	
c. Concretiza até ao final	4	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	1	
b. Verbalização constante durante a instrução	1	
c. Planeia a execução da tarefa	2	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	2	tem capacidades atencionais, mas numa fase inicial parecia que estava mais disperso na sua integração do grupo
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	2	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	3	
b. Desiste	1	
1.3. Ajustamento à tarefa		Observações

a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	4		
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	1	Revela agressividade	1
		Revela apatia	1
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	1		
d. Cumpre os objetivos da tarefa	3		
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações	
a. Dá sugestões	1	Mediante reforço	2
b. Toma iniciativa	1		
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1		
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações	
1.5.1. Motivação			
a. Empenhado	3		
b. Indiferente	1		
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações	
a. Desejo de Exploração	2		
b. Alegre	2		
c. Apático	1		
d. Aborrecido	1		
e. Prefere atividades coletivas			
f. Prefere atividades individuais			
g. Prefere atividades propostas pelo outro			
1.6. Comunicação Verbal		Observações	
a. Faz perguntas	1		
b. Responde às questões	2		
c. Faz solicitações espontaneamente	1		
1.6.1. Compreensão		Observações	
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	2		
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	1		
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações	
a. Volume de voz ajustado	4		
b. Entoação ajustada	4		
c. Timbre ajustado	4		
d. Fluidez do discurso	2		

e. Clareza no discurso	2		
1.6.3. Humor		Observações	
a. Manifesta humor		Com consequências positivas	
		Com consequências negativas	
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações	
1.7.1. Postura			
a. Recetiva (aberta e descontraída)	3	Apresenta uma postura aberta, mas não totalmente recetiva, por ser novo no grupo e ainda não ser um espaço onde se sente confortável	
b. Defensiva (tensa e fechada)	2		
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	2		
1.7.2. Expressão Facial		Observações	
a. Expressão facial coerente com o discurso	3		
1.7.3. Olhar		Observações	
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	3		
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1		
c. Evita o olhar	1		
1.7.4. Gestualidade		Observações	
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	3		
1.8. Respeito pelas Regras		Observações	
a. Respeita as regras	4		
1.9. Tolerância à Frustração		Observações	
a. Reage de forma adequada à frustração	3	Não reage a muitas situações onde teve de lidar com a frustração, mas quando tem dificuldades na atividade reage de forma adequada	
1.10. Memória		Observações	
1.10.1. Memória de trabalho			
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	2		
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	2		
c. No final da sessão descreve as atividades realizadas	2		
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações	
a. Recorda-se da sessão anterior explicando as atividades	1		
b. Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	2		

2. RELAÇÃO			
2.1. Características Gerais		Observações	
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	1	Apresenta uma postura desinibida	2
b. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	4	Não houve nenhuma situação onde o toque fosse explorado	
c. Tolerar o toque do outro			
d. Tolerar o toque no outro			
2.2. Relação com o Terapeuta			Observações
a. Afável	3		
b. Indiferente	1		
c. De oposição	1		
d. Agressivo	1		
e. De rejeição	1		
f. Dependente	3		
2.2.1. Instruções		Observações	
a. Cumpre as instruções	4	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	2
		Evidencia oposição	1
		Evidencia indiferença	1
2.2.2. Grau de confiança		Observações	
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2		
b. Expõe a sua opinião	2	Apenas quando questionado	
2.3. Relação com os Pares		Observações	
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	2		
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	3		
c. Estabelece relação apenas quando é procurado		Não porque não se procuram uns aos outros. Nos momentos fora de sessão não há interação espontânea. Apenas interagem se atividade o exigir.	
d. Tem preferência por um par	1		
2.3.1. Cooperação		Observações	
a. Cooperar com os pares nas atividades quando solicitados	3		
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	2		

c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro		Não foi explorado	
2.3.2. Tipo de relação		Observações	
g. Afável	3		
h. Indiferente	1		
i. De oposição	1		
j. Agressivo	1		
k. De rejeição	1		
l. Dependente	1		
2.3.3. Instruções		Observações	
b. Cumpre as instruções	4	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	2
		Evidencia oposição	1
		Evidencia indiferença	1
2.3.4. Grau de confiança		Observações	
c. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2		
d. Expõe a sua opinião	2	Apenas quando questionado	
2.4. Estratégias de resolução de problemas		Observações	
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	2		
b. Imita as estratégias dos colegas	4		
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	3		
3. COMPONENTES PSICOMOTORAS			
3.1. Lentificação na resposta		Observações	
a. Atividades verbais	4		
b. Atividades motoras	3		
3.2. Tonicidade		Observações	
a. Apresenta sinclínias	1		
b. Apresenta paratonias	4		
c. Revela adequada extensibilidade dos membros			
3.3. Equilíbrio		Observações	
a. Consegue manter-se imóvel de olhos fechados	4		
b. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos abertos	4	Apoio retilíneo	4
		Apoio unipedal	4
		Apoio na ponta dos pés	4

c. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos fechados	4	Apoio retilíneo	4
		Apoio unipedal	1
		Apoio na ponta dos pés	4
d. Consegue manter-se em equilíbrio dinâmico		manter-se em eq. na marcha controlada faz bem as primeiras vezes, mas vai afastando o apoio ao longo da marcha	
3.4. Lateralidade		Observações	
a. Preferência manual		Direita	4
		Esquerda	
b. Preferência pedal		Direita	4
		Esquerda	
3.5. Noção do Corpo		Observações	
a. Distinção direita-esquerda	3		
b. Reconhecimento tátil dos segmentos em que é tocado			
c. Nomeação dos segmentos corporais em que é tocado			
d. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)			
3.6. Estruturação espaço-temporal		Observações	
a. Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais apresentadas	2	Manipulativas (e.g., fósforos, materiais, quadriculas)	
		De locomoção	
b. Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada			
3.7. Praxia global e fina		Observações	
a. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores	1	Apresenta simetria na marcha	
b. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores			
c. Dissocia os movimentos assimétricos dos segmentos corporais dos membros superiores			
d. Dissocia assimétricos os movimentos dos segmentos inferiores			
e. Coordena os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente			
		parece que não consegue isolar digitalmente a pontas dos dedos	

Anexo N – Sessão e registo de sessão do DS

Tabela Q1 - Sessão de PM, 13 de maio de 2024

Momento	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais
Diálogo inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Como é que se sentem? Como correu a semana? - O que é que foi feito na última sessão? 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a descrição das atividades realizadas e sensações sentidas, no final da sessão - Estimular a capacidade de evocar atividades das sessões anteriores 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos com os membros inferiores • Os utentes dispõem-se em círculo e cada um vai dando ideias de movimentos com os membros inferiores. A atividade termina quando todos os membros do grupo tiverem esgotado as ideias de possibilidades de movimentos com os membros inferiores. - Bola com regras • Em círculo, passar uma bola de espuma pelo grupo com regras estipuladas para a mesma. Ir adicionando bolas e regras novas. • E.g.: uma bola tem uma ordem específica; uma bola os utentes têm de fazer um movimento. • Pedir que os utentes deem ideias para as regras das bolas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a capacidade de planeamento e execução do ato motor - Fomentar a capacidade de dar diferentes soluções para um mesmo problema - Fomentar a coordenação óculo-manual - Promover a capacidade de criar uma variação de uma atividade de forma organizada e estruturada 	
Integração	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa depois de cada atividade sobre como se sentiram e o que foi mais fácil ou difícil de realizar - Conversa final sobre como se sentiram ao longo da sessão, perguntando o que levam das atividades para a vida diária 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória de curto prazo - Fomentar o transfer das atividades feitas em sessão para o quotidiano 	
Momento final	<ul style="list-style-type: none"> - Espreguiçar, esticar o corpo, alongar os músculos (pedir que tentem tocar no teto e que tentem tocar no chão) 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxar o corpo e prepará-lo para o resto do dia - Promover a noção da extensibilidade dos limites corporais, através do alongamento 	

Registo da sessão:

Comecei a sessão por questionar o que tinham feito durante a semana e o DS respondeu que tinha ido passear com os amigos no sábado e que depois tinha estado no telemóvel. Questionei, também, se alguém se lembrava o que tinha sido feito na última sessão e o DS disse que tinha sido feito movimentos a respirar e bater palmas e com os pés e que não se lembrava de mais. Um dos colegas do grupo, o TD, acrescentou que os batimentos tinham de ser feitos por uma sequência que estava no papel. Expliquei, então, as atividades que tinham sido realizadas e a maioria disse que se lembrava.

Seguidamente, pedi que cada um fizesse um movimento com as pernas, sendo que a única regra era que não podiam repetir movimentos. Todos os utentes deram, pelo menos 5 exemplos de movimentos, e depois alguns começaram a ter dificuldade em pensar em movimentos para além daqueles que já tinham sido feitos. Contudo, o DS foi sempre tendo novas ideias e, por vezes, adaptava um movimento que alguém já tinha realizado, criando um novo. Ao fim de algum tempo, o DS era o único a dar ideias para os movimentos e quando este disse que já não tinha mais ideias terminamos a atividade. (Fiquei surpreendida pelo DS ter tido a capacidade de pensar em tantos movimentos e de não repetir nenhum dos colegas. Acredito que o facto de ele ter jogado futebol possa ajudar a que ele pense em como pode movimentar as pernas.) Perguntei, depois, o que é que eles achavam que podia estar a ser trabalhado na realização desta atividade e a maioria referiu competências motoras e a memória. Expliquei que também tínhamos de utilizar a flexibilidade cognitiva (que simplifiquei chamando criatividade para o grupo compreender) para pensar em novas possibilidades que fossem de acordo com o que era pedido. Perguntei em que outras situações do dia a dia é que eles achavam que usavam ou podiam usar a criatividade, o DS respondeu quando tinha de ir para um sitio podia pensar em diferentes caminhos, o RN respondeu que podemos ter de explicar algo de outra forma caso uma pessoa não entenda o que queremos dizer e outras ideias foram também dadas por outros colegas.

Posteriormente, expliquei a atividade seguinte e disse que a bola rosa tinha de ter uma ordem decidida pelo grupo. O grupo decidiu que a bola ia circular de acordo com as idades, começando no mais novo e terminando no mais velho. Quando perceberam qual era a ordem, foram passando a bola de acordo com a ordem das idades. Ao fim de algum tempo foi acrescentada uma segunda bola, com a cor amarelo, que podia circular de forma aleatória, mas quando era dito STOP as duas bolas tinham de parar e quem tivesse esta bola tinha de fazer um movimento com o corpo e todos tinham de repetir. Passado algum tempo, foi acrescentada uma bola verde e foi pedido que o grupo decidisse qual seria a regra para essa bola. O DS disse que a regra podia ser fazer movimentos só com as pernas, o RN disse que podia ser um som, o TD deu a ideia de escolhermos uma letra e uma categoria e uma letra e quando fosse dito STOP tinham de dizer algo dessa categoria que começasse pela letra decidida, o ES e o CF não deram ideias. (Reparei que embora tivesse conseguido transmitir a sua ideia ao grupo, esta era igual à atividade que tinha sido feita anteriormente, não sendo uma ideia nova para esta atividade.) Acabaram todos por concordar com a ideia do TD, sem discutirem muito sobre o assunto. (Todo o grupo apresenta uma dificuldade em expressar a sua opinião de forma clara e tranquila.) Depois de experimentar 2/3 vezes as regras, o DS tinha facilidade em realizar o que era pedido. Por vezes, quando era dito o STOP tinha

de parar e pensar o que tinha de fazer com a bola, mas conseguia sempre acertar na regra. Quando terminamos a atividade, questionei o que achavam sido trabalhado na atividade. O DS respondeu a memória quando tinha de pensar para quem tinha de enviar a bola e a atenção para o mesmo e para ver quando é que ia receber outra bola. O TD concordou e acrescentou a coordenação entre todas as bolas. O ES disse a memória para pensar em movimentos.

No final, foi pedido que cada um desse um exemplo de um alongamento para todos repetirem. E que cada um dissesse uma palavra sobre a sessão.

Acho que é notável a melhoria do DS em alguns aspetos, como a interação com o grupo, que no início era inexistente, e o facto de conseguir pensar o que é que cada atividade pode estar a desenvolver.

O facto de o DS ter tido tanta facilidade em indicar movimentos para os membros inferiores fez-me pensar em realizar mais atividades que utilizem estes membros e depois fazer igual com os membros superiores para perceber se a facilidade é a mesma e para estimular a coordenação tanto dos membros superiores como inferiores.

Anexo O – Avaliação Final do DS

EMoB: Folha de registo

Itens	Subtotal			Total do item	
	D	E			
1. Pronação - Supinação	D	0	1	2	1
	E	0	1		
2. Diadococinésias		0	1	2	2
3. Coordenação dos membros superiores (prova de Oseretzky)		0	1	2	2
4. Tamborilar	D	0	1	2	2
	E	0	1		
5. Coordenação dos movimentos do pé	D	0	1	2	1
	E	0	1		
6. Práxia reflexiva I (Punho – anel)	D	0	1	2	1
	E	0	1		
7. Práxia reflexiva II (Punho – lado – palma)	D	0	1	2	2
	E	0	1		
8. Estruturação rítmica		0	1	2	1
9. Ritmo de batimento bilateral		0	1	2	1
10. Fixação do olhar	D	0	1	2	0
	E	0	1		
Soma dos itens 2, 3, 5, 9, 10 (Coordenação Motora)				5	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CMo
Soma dos itens 1, 4, 6, 7, 8 (Sequência Motora)				10	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> SMo
Soma de todos os itens (Pontuação Total)				15	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> PT

GOC: Folhas de Registo

1. COMPORTAMENTO E DESEMPENHO NA SESSÃO		
1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	1	
b. Cooperante	3	
c. Distraído	1	
d. Motivado	3	
e. Passivo	1	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	2	
b. Com estímulo	4	
c. Concretiza até ao final	4	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	1	
b. Verbalização constante durante a instrução	1	
c. Planeia a execução da tarefa	2	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	4	
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	4	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	4	
b. Desiste	1	
1.3. Ajustamento à tarefa		Observações

a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	4		
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	1	Revela agressividade	1
		Revela apatia	1
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	1		
d. Cumpre os objetivos da tarefa	3		
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações	
a. Dá sugestões	2	Mediante reforço	3
b. Toma iniciativa	2		
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1		
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações	
1.5.1. Motivação			
a. Empenhado	4		
b. Indiferente	1		
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações	
a. Desejo de Exploração	3		
b. Alegre	4		
c. Apático	1		
d. Aborrecido	1		
e. Prefere atividades coletivas	2		
f. Prefere atividades individuais	3		
g. Prefere atividades propostas pelo outro		Não tenho conhecimento sobre este tópico	
1.6. Comunicação Verbal		Observações	
a. Faz perguntas	2		
b. Responde às questões	4		
c. Faz solicitações espontaneamente	2		
1.6.1. Compreensão		Observações	
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	3		
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	2		
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações	
a. Volume de voz ajustado	4		
b. Entoação ajustada	4		
c. Timbre ajustado	4		
d. Fluidez do discurso	3		

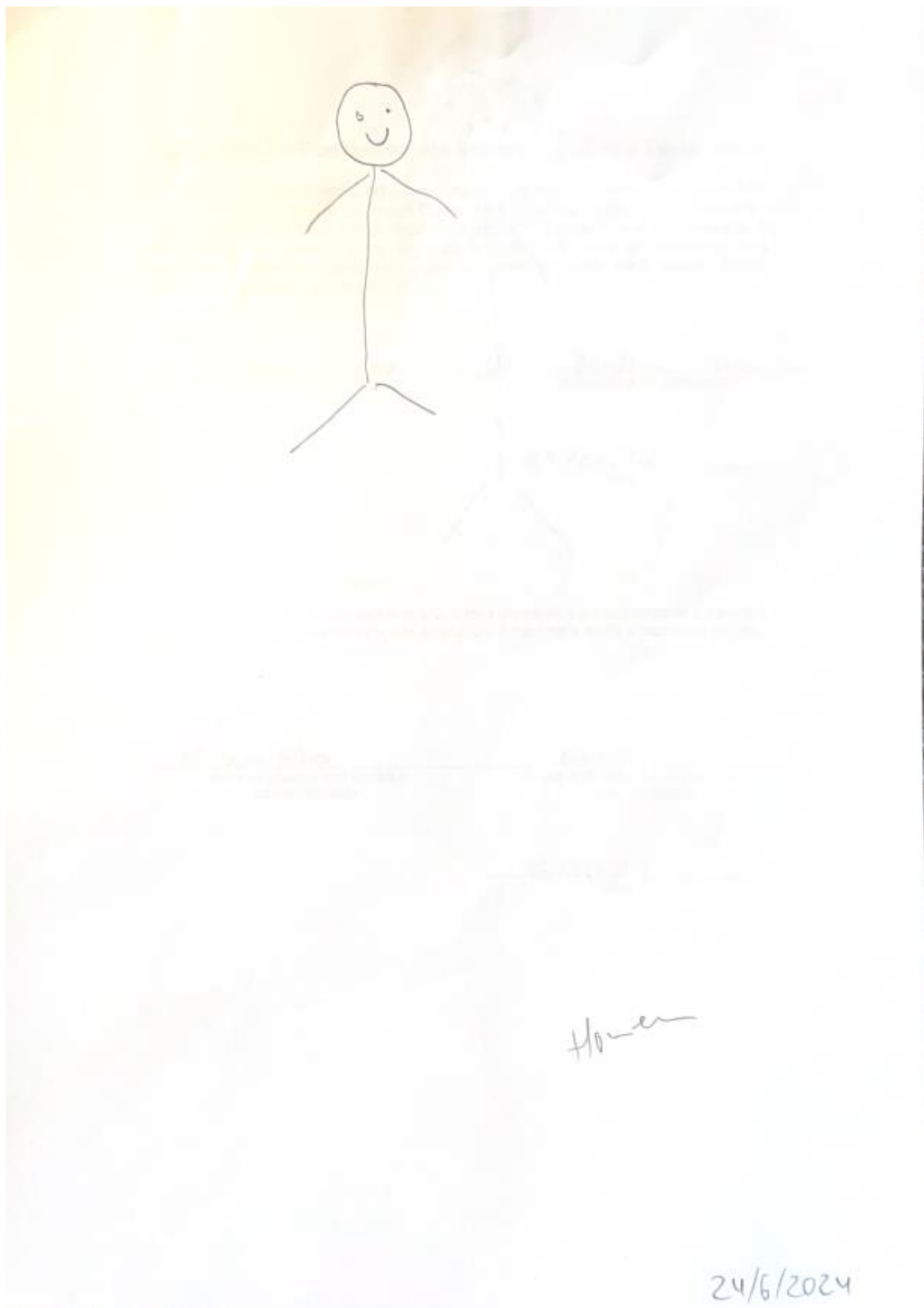
e. Clareza no discurso	2		
1.6.3. Humor		Observações	
a. Manifesta humor	3	Com consequências positivas	4
		Com consequências negativas	1
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações	
1.7.1. Postura			
a. Recetiva (aberta e descontraída)	3		
b. Defensiva (tensa e fechada)	1		
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1		
1.7.2. Expressão Facial		Observações	
a. Expressão facial coerente com o discurso	3		
1.7.3. Olhar		Observações	
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	4		
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1		
c. Evita o olhar	1		
1.7.4. Gestualidade		Observações	
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	3		
1.8. Respeito pelas Regras		Observações	
a. Respeita as regras	4		
1.9. Tolerância à Frustração		Observações	
a. Reage de forma adequada à frustração	3	Não houve muitas situações onde teve de lidar com a frustração, mas quando tem dificuldades na atividade reage de forma adequada.	
1.10. Memória		Observações	
1.10.1. Memória de trabalho			
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	2	Consegue identificar o que foi feito na sessão, usando características específicas da atividade para a identificar. Quando é pedido que descreva o que foi feito tem dificuldades.	
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	3		
c. No final da sessão descreve as atividades realizadas	2		
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações	
a. Recordar-se da sessão anterior explicando as atividades	2	Consegue identificar algumas atividades que foram realizadas na sessão anterior, mas não as descreve.	
b. Recordar-se de situações do quotidiano dos últimos dias	2	Consegue dizer algumas coisas que fez desde a última sessão, mas refere mais as que aconteceram nos últimos 2 dias.	

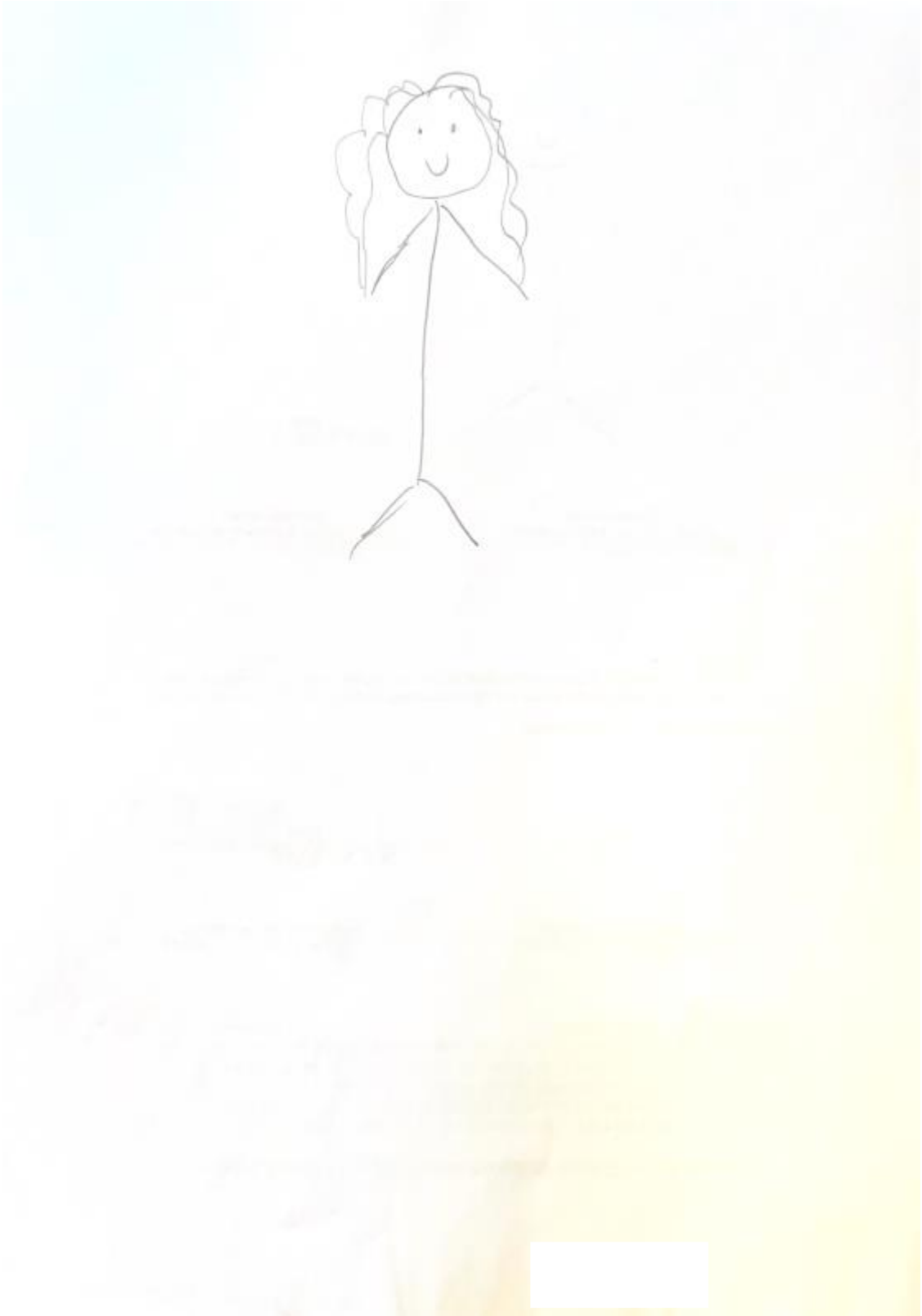
2. Relação			
2.1. Características Gerais		Observações	
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	1	Apresenta uma postura desinibida	3
b. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	4	Não houve nenhuma situação onde o toque fosse explorado	
c. Tolerar o toque do outro			
d. Tolerar o toque no outro			
2.2. Relação com o Terapeuta		Observações	
a. Afável	4		
b. Indiferente	1		
c. De oposição	1		
d. Agressivo	1		
e. De rejeição	1		
f. Dependente	3		
2.2.1. Instruções		Observações	
a. Cumpre as instruções	4	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	3
		Evidencia oposição	1
		Evidencia indiferença	1
2.2.2. Grau de confiança		Observações	
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2	Prefere não expressar os seus sentimentos no grupo, mas em sessão individual fez-o sem problemas	
b. Expõe a sua opinião	3	Apenas quando questionado	
2.3. Relação com os Pares		Observações	
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	2	No grupo não se procuram uns aos outros. Se for incentivado trabalho em pequenos grupos procuram-se com muita dificuldade	
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	3		
c. Estabelece relação apenas quando é procurado	1		
d. Tem preferência por um par	1		
2.3.1. Cooperação		Observações	
a. Cooperar com os pares nas atividades quando solicitados	3		
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	2		

c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro		Não foi explorado	
2.3.2. Tipo de relação		Observações	
g. Afável	3		
h. Indiferente	1		
i. De oposição	1		
j. Agressivo	1		
k. De rejeição	1		
l. Dependente	1		
2.3.3. Instruções		Observações	
b. Cumpre as instruções	4	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	3
		Evidencia oposição	1
		Evidencia indiferença	1
2.3.4. Grau de confiança		Observações	
c. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2	Prefere não expressar os seus sentimentos no grupo, mas em sessão individual fez-o sem problemas	
d. Expõe a sua opinião	2	Apenas quando questionado	
2.4. Estratégias de resolução de problemas		Observações	
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	3		
b. Imita as estratégias dos colegas	3		
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	2		
3. COMPONENTES PSICOMOTORAS			
3.1. Identificação na resposta		Observações	
a. Atividades verbais	3		
b. Atividades motoras	2		
3.2. Tonicidade		Observações	
a. Apresenta sincinésias	1		
b. Apresenta paratonias	3		
c. Revela adequada extensibilidade dos membros			
3.3. Equilíbrio		Observações	
a. Consegue manter-se imóvel de olhos fechados	4	Apoio retilíneo 4 Apoio unipedal 4 Apoio na ponta dos pés 4	
b. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos abertos	4		

c. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos fechados	4	Apoio retilíneo	4
		Apoio unipedal	1
		Apoio na ponta dos pés	4
d. Consegue manter-se em equilíbrio dinâmico	3		
3.4. Lateralidade		Observações	
a. Preferência manual		Direita	4
		Esquerda	
b. Preferência pedal		Direita	4
		Esquerda	
3.5. Noção do Corpo		Observações	
a. Distinção direita-esquerda	3		
b. Reconhecimento tátil dos segmentos em que é tocado			
c. Nomeação dos segmentos corporais em que é tocado			
d. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)			
3.6. Estruturação espaço-temporal		Observações	
a. Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais apresentadas		Manipulativas (e.g., fósforos, materiais, quadriculas)	
		De locomoção	
b. Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada	3		
3.7. Praxia global e fina		Observações	
a. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores	2		
b. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores	3		
c. Dissocia os movimentos assimétricos dos segmentos corporais dos membros superiores	1		
d. Dissocia assimétricos os movimentos dos segmentos inferiores	2		
e. Coordena os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente	2	Apenas foram realizados exercícios ao nível das mãos	

HFDT: Folhas de registo e cotação





Human Figure Drawing Test (HFDT) AutoScore™ Form

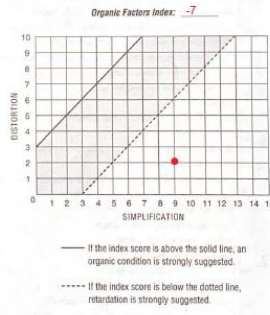
Profile Sheet

Jerry Mitchell, Ed.D., Richard Trent, Ph.D., and Roland McArthur, M.A.

Name: DS ID No: _____ Age: 24 Male Female
 Admission Date: 24/08/2024 Current Date: _____ Interviewer: _____
 Referral Source: _____ Referral Question: _____

Impairment	Distortion	Simplification	Scaled Score
28			94
27	14		92
26			90
25	13		88
24		12	86
23	10		84
22		11	82
21	9	10	80
20			78
19	8		76
18		8	74
17	7		72
16		7	70
15	6		68
14		6	66
13	5		64
12		5	62
11	4		60
10		4	58
9	3		56
8		3	54
7	2		52
6		2	50
5	1		48
4		1	46
3		0	44
2			42
1			40

Enter raw scores from Score Summary Sheet:
 Impairment Raw Score: 16 Distortion Raw Score: 2 Simplification Raw Score: 9



Published by
wps WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 2007 Wilshire Boulevard
 Los Angeles, California 90057-1251

HFDT Interpretation Guide

The concepts listed below are intended as general guidelines only. They should be considered in combination with patient history, presenting problem, and responses to other assessment tools. Clinical interpretations should be supported by clinical experience and knowledge of the HFDT Manual, as well as other published material.

- 1. Small size: timidity, poor self-concept
- 2. Large size: spontaneity, grandiosity, aggression
- 3. Large, dominant female
 - Drawn by male: dominant mother, psychosexual disturbance
 - Drawn by female: dominant mother, masculinity strivings
- 4. Large, dominant male
 - Drawn by male: self-inflation, belittling attitude toward females
 - Drawn by female: self-deprecation
- 5. Top placement: high aspirations, low energy level
- 6. Bottom placement: calmness, stability, depression, defeatism
- 7. Left placement: self-orientation, emotional focus
- 8. Right placement: environment orientation, control
- 9. Arms folded: social passivity, suspicion, evasiveness
- 10. Arms pressed to body: impaired spontaneity, rigidity, inhibition
- 11. Legs pressed together: rigidity, sexual inhibition
- 12. Hands behind back: evasiveness or artistic sophistication
- 13. Gross disproportion: poor reality contact, organic condition, retardation
- 14. Extreme asymmetry: anxiety, confusion, coordination difficulties
- 15. Thin, wasted, or ribbonlike arms: feelings of weakness or inadequacy, organic condition
- 16. Thin, wasted, or ribbonlike legs: feelings of weakness or inadequacy, organic condition
- 17. Stick figure: hostility, evasiveness, retardation, severe impairment
- 18. Blank outline: regression, retardation
- 19. Primitive appearance: regression, retardation, hysterical conditions
- 20. Bizarre drawing: thought disorder, organic condition
- 21. Bizarre hair: thought disorder
- 22. Distorted hair: sexually impulsive behavior
- 23. Teeth showing: aggression, hostility
- 24. Spiked fingers: aggression, hostility
- 25. Peta-like fingers: immaturity, regression
- 26. Internal organs shown: somatic distortions, medical conditions
- 27. Disconnected body parts: organic condition, retardation
- 28. Geometric shapes: thought disorder, organic condition, retardation
- 29. Confused profile/face: thought disorder, organic condition
- 30. Unusual arms: anxiety, confusion, organic condition
- 31. Light lines: anxiety, uncertainty, passivity
- 32. Heavy lines: assertiveness, tension
- 33. Reinforced lines (lines that are worked over): withdrawal, paranoia
- 34. Tremulous, wavy, or jerky lines: organic condition
- 35-A. More than 50% of the drawing is sketched: meticulousness, anxiety, timidity, uncertainty
- 35-B. (This item is used on the Score Summary Sheet only.)
- 36. Opposite sex drawn first: strong attachment to opposite sex parent or significant other
- 37. Genderless: regression, retardation
- 38. Effeminate male drawn by male: gender identity disturbance
- 39. Masculine female drawn by female: gender identity disturbance
- 40. Childlike: hysteria, dependency, regression
- 41. Developmentally indistinguishable: regression, retardation
- 42. Worst not indicated: regression
- 43. Worst emphasis: concerns over sexual control
- 44. Partially clothed: narcissism
- 45. Naked without genitalia: narcissism, regression
- 46. Genitalia shown or strongly indicated: sexual preoccupation or impulsivity, artistic sophistication
- 47. Pupils omitted: egocentricity, regression, immaturity
- 48. Very large ears: deafness, suspiciousness, auditory hallucinations
- 49. Nostrils showing: aggression
- 50. Long feet: concerns over security or vitality
- 51. Painted feet: repressed hostility
- 52. Beets on feet: symbol of autonomy or vitality
- 53. Bare feet: aggression
- 54. Chicken feet (balans or multiple lines): regression, retardation
- 55. Head omitted or indistinguishable: organic condition
- 56. Hair omitted: low energy, sexual disturbance
- 57. Eyes omitted: ineffectiveness, voyeurism, visual hallucinations, organic condition
- 58. Nose omitted: sexual concerns, regression, organic condition
- 59. Mouth omitted: dependency concerns, regression, organic condition
- 60. Neck omitted: impulsivity, regression, organic condition
- 61. Shoulders omitted: feelings of inferiority, regression, organic condition
- 62. Trunk omitted: regression, organic condition
- 63. Arms omitted: ineffectiveness, regression, organic condition, retardation
- 64. Hands omitted: lack of confidence, organic condition, retardation (a common omission)
- 65. Fingers omitted: inadequacy, helplessness, regression, organic condition, retardation
- 66. Legs omitted: feelings of constriction, regression, organic condition, retardation
- 67. Feet omitted: feelings of constriction, regression, organic condition, retardation
- 68. Shading (other than hair): anxiety
- 69. Stamped-out distortions in self-image
- 70. Profile figure: sophistication, reticence, withdrawal, evasiveness
- 71. Profile head on front view figure: sophistication, reticence, withdrawal, evasiveness
- 72. Clenched fists: aggression
- 73. Addition of extraneous objects or adornments: expansiveness, mania, overemphasis on fantasy
- 74. Transparencies ("see-through" clothing): carelessness, poor reality contact, organic condition, retardation

HFDT Score Summary Sheet

Impairment Raw Score: Total number of boxes checked = 16

Distortion Raw Score: Total number of D items = 2

Simplification Raw Score: Total number of S items = 9

Organic Factors Index: Distortion Raw Score minus Simplification Raw Score = -7

(After calculating the raw scores, transfer them to the appropriate labeled spaces on the Profile Sheet.)

37	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>		
40	<input type="checkbox"/>		
41	<input checked="" type="checkbox"/>		
42	<input checked="" type="checkbox"/>		
44	<input type="checkbox"/>	5	<input checked="" type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
47	<input checked="" type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
56	<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	17	<input checked="" type="checkbox"/>
58	<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>
60	<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>
61	<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>
62	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>
63	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>
64	<input checked="" type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>
65	<input checked="" type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
66	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
67	<input checked="" type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>
		28	<input type="checkbox"/>
		29	<input type="checkbox"/>
		30	<input type="checkbox"/>
		31	<input type="checkbox"/>
		32	<input type="checkbox"/>
72	<input type="checkbox"/>	34	<input checked="" type="checkbox"/>
73	<input type="checkbox"/>		
74	<input type="checkbox"/>	35-B	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1991 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 May be reproduced in whole or in part without written permission of Western Psychological Services.

Anexo P – Programa do Encontro Semente

PROGRAMA	
16 nov 17 nov	
09:00 / Sessão de abertura Luís Gouveia – Presidente do Conselho de Administração do HFF Gonçalo Envia – Diretor Executivo do ACES Sintra Ana Isabel Silva – Diretora Executiva do ACES Amadora Sónia Dias – Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública Teresa Maia – Coordenadora do Programa Semente Gravidez	Apoiar uma gravidez mais saudável Ana Sofia Pires – Ajuda de Mãe
09:30 / O programa "Semente Gravidez e primeiro ano de vida" Teresa Maia – Departamento de Saúde Mental do HFF Catarina Pereira – Departamento de Saúde Mental do HFF	Moderação Ana Marjal – ACES Amadora
10:30 / Institute of Health Visiting – "Our Work in Mental Health in the UK" Hilda Beauchamp – Institute of Health Visiting	— ALMOÇO —
Apresentação Sónia Luís – ACES Sintra	14:30 / Avaliação e intervenção em Psiquiatria Perinatal no Hospital Fernando da Fonseca O papel da Equipa de Saúde Mental Comunitária no período perinatal Alexandra Lourenço – Departamento de Saúde Mental do HFF Catarina Gabriel – Departamento de Saúde Mental do HFF Inês Ramos – Departamento de Saúde Mental do HFF Luísa Ribeiro – Departamento de Saúde Mental do HFF Raquel Bandeira – Departamento de Saúde Mental do HFF Raquel Ribeiro – Departamento de Saúde Mental do HFF Tânia Roquete – Departamento de Saúde Mental do HFF
— COFFEE BREAK —	Avaliação de necessidades e acompanhamento psicoterapêutico na gravidez e puerpério Joana Marau – Departamento de saúde mental do HFF Mónica Loureiro – Departamento de saúde mental do HFF
11:30 / Avaliação e intervenção em Saúde Mental Perinatal nos Cuidados de Saúde Primários e seus parceiros Programa Semente Gravidez nos ACES Amadora e Sintra Catarina Portilheiro – Sílvia Gonçalves e Sónia Luís, ACES Amadora e Sintra	Psiquiatria Perinatal no Espaço@com Cláudia Ribeiro – Departamento de Saúde Mental do HFF Janete Maximiano – Departamento de Saúde Mental do HFF
CAD – Gravidez e Parentalidade: Trajetos na Equipa de Tratamento Agualva-Cacém Cristina Proença – Equipa de Tratamento Agualva-Cacém Magda Carvalho – Equipa de Tratamento Agualva-Cacém	Moderação Sofia Barbosa – Departamento de Saúde Mental do HFF
	15:45 / Do desenvolvimento ao dia-a-dia de um Serviço de Psiquiatria Perinatal em Londres Cátia Acosta – Perinatal Mental Health Service, Chelsea and Westminster Hospital

Anexo Q – Poster do núcleo de estágio “O que é a Psicomotricidade e quais os Objetivos?”

O QUE É A PSICOMOTRICIDADE E QUAIS OS OBJETIVOS?

A Psicomotricidade é a área que estuda o ser humano através do seu corpo em movimento, na relação entre a **motricidade** e as **funções psíquicas**, encarando de forma integrada as áreas comportamentais, motoras, cognitivas, social e emocional.

A intervenção psicomotora atua por **mediação corporal** em situações onde a **consciência corporal** e a **expressão motora** estão perturbadas em função da existência de problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, aprendizagem e de âmbito psicoafetivo.



Como se intervém em Terapia Psicomotora?

O psicomotricista intervém através de técnicas de consciencialização corporal, relaxação e atividades lúdicas e expressivas (jogo livre e simbólico e/ou estruturado).

Uma sessão de psicomotricidade dura aproximadamente 50 minutos e contém 3 grandes períodos: momento inicial de diálogo, desenvolvimento das atividades e troca de impressões sobre as experiências vividas na sessão.



Como, com quem e onde?

Pode assumir a forma de sessões individuais ou em grupo. Destina-se a pessoas com dificuldades motoras, sensoriais, cognitivas ou psicoafetivas. Pode-se encontrar em:

- Hospitais
- Clínicas
- Instituições de Ensino
- Instituições Particulares de Solidariedade Social
- Domicílio

Como se desenrola o processo terapêutico?

Recolha de informação

- História pessoal, familiar e clínica

Observação Direta

Avaliação Psicomotora

Projeto terapêutico

- Objetivos, atividades e estratégias específicas ao indivíduo



Como é feito o encaminhamento para a terapia psicomotora?

O indivíduo pode ser encaminhado para a terapia psicomotora pelo médico (pediatra, pedopsiquiatra, psiquiatra, neurologista), pelo professor ou educador, psicólogo ou outro terapeuta. O próprio indivíduo/família poderá procurar um psicomotricista.

Sentir

No movimento e no jogar expressam-se emoções e o imaginário. O indivíduo aprende a reconhecer a alegria, bem como a frustração e as formas adequadas de reação.

Jogo e Movimento

Ao jogar, o indivíduo desenvolve a sua espontaneidade, criatividade, capacidade simbólica e de resolução de problemas, promovendo a autoeficácia e confiança necessárias para o desenvolvimento e as aprendizagens. O indivíduo aprende também a reconhecer os seus limites e os dos outros, e a ajustar os seus comportamentos, lidando de forma construtiva os seus conflitos.

Pensar

Através do planeamento da ação, o indivíduo entende o envolvimento e as suas regras, formando representações de si e do meio, ao aprender a interagir com os objetos e com os outros nos diferentes contextos.

Percepção

O indivíduo melhora a percepção consciente do próprio corpo e do envolvimento, o que favorece a sua capacidade de orientação, concentração e representação.

Adaptado de Psychomotricité Suisse por: Alexandra Cardoso e Bárbara Silva

Anexo R – Certificado Summer School

hogeschool
Windesheim

Certificate

This Certificate is proudly presented to **Bárbara Grave Chartier Milheiro** who completed 3 ETCS credit Psychomotor Therapy Summer school - *The future is now!* - 30th of June to 6th of July 2024, at Windesheim University of Applied Science, Zwolle, Netherlands.

The summer school was planned according to the Erasmus+ Program, a cooperation between the Institute de Formation en Psychomotricité, ISRP, France; HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, Netherlands; HfH University of Applied Science of Special Needs Education, Zürich, Switzerland; Via University College, Arhus/Randers, Denmark; Københavns Professionshøjskole Psykomotorikuddannelsen Institute for Terapeut – og Jordemoderuddannelser, Denmark; Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Lisbon University, Lisbon, Portugal; and Windesheim University of Applied Science, School of Human Movement and Sports, Zwolle, Netherlands.

Zwolle, 6th of July 2024

Coordinator at Windesheim



Signed by Cor Niks,
coordinator
PMT Summer school

Coordinator at Windesheim



Signed by Marco Mulder
coordinator international affairs
PMT - Cato

Windesheim university
OF APPLIED SCIENCES
Human Movement and Education

Campus 2-6
P.O.Box 10090
8000 GB Zwolle The Netherlands
☎: +31 88 469 9151 www.windesheim.nl