



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## Terapia Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Reabilitação Psicomotora - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

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

**Júri:**

**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 Paula Lebre dos Santos Branco Melo, professora auxiliar da  
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

**Mariana Raquel Luís Barroso**

**2022**

## **Agradecimentos**

O caminho até aqui percorrido fica marcado pela presença de pessoas especiais, que contribuíram para a unicidade desta experiência de estágio.

Primeiramente, gostava de agradecer aos meus pais, por me transmitirem valores que considero fundamentais na minha formação enquanto pessoa, obrigada por serem incansáveis, por alimentarem os meus sonhos e por me incentivarem sempre a ir mais além. À minha família, por compreenderem os períodos de maior ausência e por todo o carinho que manifestaram ao longo deste percurso.

Ao Professor Rui Martins por me guiar neste caminho de descoberta e aprendizagem constantes, aliciando a adoção de uma postura ativa e incessante na procura de conhecimento.

À terapeuta Carina, por se disponibilizar prontamente para me acompanhar nesta viagem, por ser um exemplo de entrega, revelando-se um suporte imprescindível no decorrer do meu percurso. Agradeço também à educadora social Elisa e à Dra. Susana, por todos os momentos de partilha e pela transmissão de valores profissionais tão importantes.

À Dr.<sup>a</sup> Luísa Delgado, por me conceder esta oportunidade e reconhecer o potencial terapêutico da psicomotricidade, integrando-o nos valores do serviço que coordena. À Dr.<sup>a</sup> Licínia Carvalho, pela abertura disponibilizada, dando espaço para a emergência da psicomotricidade enquanto área de intervenção na dinâmica do serviço.

Um especial obrigado a toda a equipa do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo, pela forma calorosa com que me receberam, por demonstrarem que a coesão e a força do coletivo se podem revelar transformadoras na vida de tantos utentes.

Às minhas colegas do núcleo de estágio, Ana Cláudia, Ana Sofia, Mariana e Catarina, por tornarem esta caminhada mais rica com as suas partilhas e se revelarem companheiras muito especiais.

Aos meus amigos mais antigos, os que me acompanham desde sempre e que presenciaram a escrita deste relatório, obrigada pelo companheirismo ao longo de todos estes anos e pela motivação constante.

A todos os utentes que se cruzaram comigo e às suas famílias, por serem parceiros especiais neste caminho de descoberta e de formação da minha identidade enquanto terapeuta.

Um especial obrigado a todos aqueles que contribuíram para este percurso.

## **Lista de Abreviaturas**

APA - American Psychiatric Association

APP - Associação Portuguesa de Psicometria

BPM - Bateria Psicomotora

CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Doença de Parkinson

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

EFP - European Forum of Psychomotricity

EPE - Entidade Público Empresarial

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

GOC - Grelha de Observação Comportamental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PTSD - Perturbação do Stress Pós-Traumático

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SCL-90-R - Symptom Checklist-90-Revised

SNS - Serviço Nacional de Saúde

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

TPM - Terapia Psicomotora

## **Resumo**

O presente relatório procura descrever a experiência de estágio realizado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana. O estágio ocorreu no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo, no decorrer do ano letivo 2020/21 e teve a duração de nove meses.

Este trabalho contempla um capítulo referente ao enquadramento teórico, no qual se procura contextualizar a prática psicomotora no contexto da Saúde Mental, um segundo capítulo que diz respeito ao enquadramento institucional, onde se caracteriza o local de intervenção, bem como algumas das perturbações mais prevalentes no mesmo e um terceiro capítulo referente à prática profissional, no qual se apresentam dois estudos de caso.

Ao longo do estágio, foi possível acompanhar 19 utentes, com idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos, acompanhados em contexto de grupo terapêutico e dois deles em intervenção individual, simultaneamente. Dos casos acompanhados, 7 tiveram alta clínica para integrar projetos na comunidade ou retomar a atividade profissional.

Em suma, o conteúdo teórico e reflexivo deste relatório, tendo em conta a experiência de estágio vivenciada, permite reforçar a importância da validação científica do potencial terapêutico da terapia psicomotora.

**Palavras-chave:** Terapia Psicomotora; Saúde Mental de Adultos; Psiquiatria; Estudo de caso.

## **Abstract**

This report aims to describe the internship experience carried out under the professional skills deepening branch of master's degree in Psychomotor Rehabilitation, at the Faculty of Human Kinetics. The internship took place at the Psychiatry Service of Médio Tejo Hospital Center, during the academic year 2020/2021 and lasted nine months.

This work includes a chapter referring to the theoretical framework, which seeks to contextualize the psychomotor practice in the context of Mental Health, a second chapter regarding the institutional framework, which characterizes the place of intervention as well as some of the most prevalent disorders in it and a third chapter referring to professional practice, in which two case studies are presented.

During the internship, it was possible to follow 19 patients, aged between 21 and 62 years, accompanied in the context of a therapeutic group and two of them in individual intervention, simultaneously. Of the cases followed up, 7 were discharged from the hospital to join projects in the community or resume their professional activity.

Finally, the theoretical and reflective content of this report, considering the internship experience, reinforces the importance of scientific validation of the therapeutic potential of psychomotor therapy.

**Key-words:** Psychomotor Therapy; Adult's Mental Health; Psychiatry; Case Study.

# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>ii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice</b> .....	<b>v</b>
Índice de Tabelas .....	vii
Índice de Figuras .....	vii
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I Enquadramento Teórico</b> .....	<b>2</b>
I.1 Saúde Mental: conceito e dados epidemiológicos em Portugal .....	2
I.1.1 Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal .....	4
I.1.2 Enquadramento Legal da Prática do Psicomotricista .....	5
I.2 Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos .....	6
I.2.1 Métodos de Intervenção .....	8
I.3 Impacto da COVID-19 no contexto da Saúde Mental .....	12
I.4 A intervenção psicomotora no contexto pandémico .....	15
<b>II Enquadramento Institucional</b> .....	<b>18</b>
II.1 O Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) .....	18
II.1.1 O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo .....	18
II.1.2 A realidade do Serviço de Psiquiatria do CHMT durante o período pandémico .....	21
II.2 Perturbações Psiquiátricas atendidas no contexto de estágio .....	24
II.2.1 Perturbação Depressiva .....	25
II.2.2 Perturbação Obsessivo-Compulsiva .....	27
II.2.3 Esquizofrenia .....	30
II.3 Intervenção psicomotora em contexto de internamento .....	34
II.3.1 Experiência de intervenção em contexto de internamento do CHMT .....	35

<b>III</b>	<b>Realização da Prática Profissional .....</b>	<b>36</b>
III.1	A integração na equipa do Serviço de Psiquiatria .....	36
III.1.1	Cronograma e horário das atividades de estágio .....	37
III.2	Procedimentos Metodológicos.....	38
III.2.1	Avaliação e Observação .....	38
III.2.2	Instrumentos de avaliação .....	39
III.2.3	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1983).....	40
III.2.4	Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) de Degoratis (1993).....	41
III.2.5	Ficha do Esquema de Tensões .....	42
III.2.6	Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (2010).....	43
III.2.7	Grelha de Observação do Comportamento (GOC).....	44
III.3	Análise global dos casos acompanhados.....	45
III.4	Análise dos Estudos de Casos .....	48
III.4.1	Estudo de Caso I: M.F. ....	48
III.4.2	Estudo de Caso II: C. ....	71
III.5	Atividades complementares de formação.....	89
III.5.1	Atividades realizadas em contexto de orientação académica .....	89
III.5.2	Participação em eventos científicos.....	90
III.5.3	Cursos formativos .....	91
III.5.4	Apresentação no Serviço de Psiquiatria do CHMT .....	91
III.5.5	Reuniões de grupos de partilha e reflexão .....	92
III.6	Dificuldades e Limitações .....	92
III.7	Reflexão pessoal acerca da experiência de estágio .....	95
	<b>Conclusão .....</b>	<b>98</b>
	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>100</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>114</b>
	Anexo A: Caracterização dos utentes acompanhados em Hospital de Dia (HD).....	114

Anexo B: Panfleto elaborado no âmbito do núcleo de estágio e disponibilizado no serviço .....	120
Anexo C: Poster apresentado no <i>World Congress of Psychiatry 2020/2021</i> .....	122
Anexo D: Apresentação de Estudo de Caso à Equipa de Psiquiatria do CHMT.....	123

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio.....	37
Tabela 2 - Horário de estágio .....	38
Tabela 3 - Caracterização dos utentes acompanhados em contexto de grupo .....	46
Tabela 4 - Caracterização dos utentes acompanhados em contexto de grupo (continuação) .....	47
Tabela 5 - Resultados GOC .....	53
Tabela 6 - Perfil intra-individual .....	55
Tabela 7 - Fatores de Risco e Proteção.....	56
Tabela 8 - Planificação cronológica da intervenção .....	61
Tabela 9 - Objetivos terapêuticos estabelecidos para M.F. ....	60
Tabela 10 - Resultados GOC (avaliação final) .....	64
Tabela 11 - Resultados GOC - avaliação inicial .....	74
Tabela 12 - Perfil intra-individual de C. ....	77
Tabela 13 - Fatores de risco e proteção.....	77
Tabela 14 - Planificação cronológica da intervenção .....	80
Tabela 15 - Objetivos terapêuticos estabelecidos para C.....	80
Tabela 16 - GOC avaliação final C.....	83

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Organograma do Serviço de Psiquiatria do CHMT .....	19
Figura 2 - Desenho do corpo M.F. (sessão de grupo) .....	53
Figura 3 - Desenho do corpo M.F. (avaliação inicial).....	53
Figura 4 - Perfil clínico inicial SCL-90-R.....	54
Figura 5 - Resultados Esquema de Tensões M.F (avaliação inicial) .....	55
Figura 6 - Comparação avaliação inicial e final SCL-90-R.....	65
Figura 7 - Comparação resultados Esquema de Tensões (avaliação final).....	67

Figura 8 - Comparação desenho do corpo (avaliação inicial e final).....	67
Figura 9 - Desenho do próprio corpo C. (avaliação inicial) .....	74
Figura 10 - Resultados obtidos na BPM (avaliação inicial) .....	75
Figura 11 - Esquema de tensão C. (avaliação inicial) .....	76
Figura 12 - Comparação dos resultados da BPM (avaliação inicial e final) .....	85
Figura 13 - Comparação do esquema de tensões C.....	86
Figura 14 - Comparação do desenho do corpo de C. (avaliação inicial e final).....	86

## **Introdução**

O presente relatório visa descrever a experiência de estágio decorrida no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa. O referido estágio curricular teve a duração de dois semestres, no ano letivo de 2020/21 e decorreu no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo.

Os principais objetivos do estágio, segundo as Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2018), compreendem o desenvolvimento de competências de planeamento, a gestão e coordenação de serviços e/ou programas no âmbito da terapia psicomotora e a capacidade de contribuir de forma inovadora na criação e implementação de novos conhecimentos e práticas, assim como o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando estimular o domínio do conhecimento científico e metodológico e da competência reflexiva multidisciplinar.

A estrutura do presente relatório integra um enquadramento teórico inicial no qual se aborda o conceito da saúde mental e o seu enquadramento legal, seguida da contextualização da prática psicomotora neste contexto. Será ainda integrado neste segmento uma reflexão acerca do impacto da Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) na saúde mental e na intervenção psicomotora realizada em contexto estágio.

De seguida, será apresentado o enquadramento institucional, no qual se apresenta a instituição que acolheu o referido estágio e o serviço no qual se desenvolveu a intervenção. Serão também caracterizadas as perturbações mais prevalentes no contexto de intervenção, bem como as especificidades da intervenção psicomotora para cada uma delas.

Posteriormente, segue-se a descrição da componente prática, na qual se integra o cronograma e horário das atividades de estágio, os procedimentos metodológicos utilizados, uma breve caracterização dos casos acompanhados em contexto de grupo e a descrição mais pormenorizada da abordagem terapêutica de dois estudos de caso.

Ao longo do período de estágio, foram realizadas atividades de formação complementar, das quais se destacam as reuniões quinzenais com o núcleo de estágio e com o professor orientador, que possibilitaram apresentações de estudos de caso e a elaboração de material científico, sendo que, simultaneamente, houve a possibilidade de participar em congressos científicos e outros programas de formação.

Por fim, será apresentada uma síntese reflexiva acerca da experiência de estágio, apresentando-se as limitações/dificuldades identificadas.

# **I Enquadramento Teórico**

No presente capítulo serão abordados os conceitos teóricos que permitem contextualizar a prática profissional realizada no âmbito do estágio curricular, no qual se inclui uma breve contextualização acerca da saúde mental, o seu enquadramento legal em Portugal, bem como o enquadramento da prática psicomotora e os métodos utilizados neste contexto.

Tendo em conta que o presente relatório de estágio decorreu no período pandémico, gerado pelo surto de COVID-19, considerou-se pertinente compreender qual o seu impacto na vivência corporal e a sua relação com a saúde mental.

## **I.1 Saúde Mental: conceito e dados epidemiológicos em Portugal**

A saúde mental, a saúde física e a saúde social encontram-se estreitamente relacionadas entre si de forma interdependente, sendo que a compreensão desse relacionamento permite identificar a saúde mental como indispensável para o funcionamento adequado dos indivíduos e da sociedade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002; Parul, 2018). Conceitos como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal, a autonomia e escolha de um projeto de vida, competências na vida pessoal e social, autorrealização intelectual e emocional e adequação à realidade, também se integram no domínio da saúde mental, revelando-se fundamentais para a capacidade de pensar, de relacionamento emocional e interação interpessoal, de ganhar a vida e aproveitá-la (OMS, 2002; World Health Organization [WHO], 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, consegue lidar com as dificuldades normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade” (WHO, 2018, para.2).

De um modo geral, o campo da saúde mental integra uma diversidade de fenómenos de natureza diversa, nomeadamente, o fenómeno da saúde mental positiva, que constitui a base do bem-estar mental, do funcionamento efetivo e da capacidade de relacionamento interpessoal, incluindo também, inevitavelmente, as doenças psiquiátricas, que se caracterizam por um conjunto de sintomas e sinais psicológicos e comportamentais, associados a sofrimento psíquico, e, em muitos casos, a incapacidades várias, que surgem como manifestação de uma alteração psicológica, comportamental ou biológica e que não corresponde a uma resposta adaptativa do pondo de vista cultural a determinada situação (Caldas de Almeida, 2018).

A saúde mental compreende um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos intervir na sociedade mediante valores universalmente estabelecidos, fazendo uso de capacidades cognitivas e sociais básicas, capacidade de reconhecer, expressar e modelar as próprias emoções, capacidade empática, flexibilidade e resiliência para lidar com situações adversas e corresponder em diversos papéis sociais, sem descuidar a manutenção de uma relação harmoniosa entre corpo e mente (Galderisi et al., 2017; WHO, 2013). Para além dos fatores pessoais já mencionados, também os fatores ambientais se revelam determinantes para a saúde mental, sendo que esta pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais, da prevenção de fatores risco bem como do estigma associado às perturbações psiquiátricas (Fazenda, 2008).

A combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais, influenciam o desenvolvimento de perturbações físicas e mentais, em pessoas de todas as idades, em todos os países, causando sofrimento não só ao próprio indivíduo, como à sua família e comunidades (Caldas de Almeida, 2018; OMS, 2002). Determinantes inerentes ao nível educacional dos indivíduos parecem estar associados de forma inversa com o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, por sua vez, a estabilidade laboral e a satisfação com o trabalho encontram-se relacionados de forma direta com níveis de saúde e bem-estar mais positivos, ao contrário da situação de desemprego e de um baixo nível socioeconómico (Alves & Rodrigues, 2010).

De referir que, no âmbito da saúde mental, pode dar-se o caso de existirem elementos capazes de gerar doença mental, sem que isso determine efetivamente a sua emergência, uma vez que o seu desenvolvimento se encontra dependente da inter-relação de determinados fatores, pelo que, perante os mesmos fatores, um indivíduo pode desenvolver a doença e outro não (Moreira & Melo, 2005).

Em Portugal, a prevalência de problemas de saúde mental revela-se significativamente elevada no contexto europeu, indicando uma prevalência de casos positivos de sofrimento psicológico de 29.8% e um quarto das pessoas entrevistadas, prevalência de 22.9%, com critérios de diagnóstico de perturbação psiquiátrica (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Considerando o grupo de perturbações psiquiátricas identificadas, as perturbações de ansiedade revelam a prevalência mais elevada com 16.5%, seguida do grupo das perturbações de humor, em especial a depressão major e com valores inferiores encontram-se as fobias específicas, perturbação obsessivo-compulsiva, a fobia social e perturbação do stress pós-traumático (PTSD) (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

### **I.1.1 Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal**

A existência de políticas, planos e de uma Lei de Saúde Mental, corroborada pela evidência científica disponível e pelas referências internacionais dos direitos humanos, revelam-se cruciais para assegurar boas práticas no âmbito da saúde mental e, conseqüentemente, bons níveis de saúde mental da população (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Em Portugal, a lei de Bases da Saúde Mental, Lei n.º 2118 de 1963, integrava questões referentes à promoção da saúde mental, à prevenção, ao tratamento e reabilitação da doença mental, visando a setorização e descentralização dos serviços, bem como o fornecimento de princípios orientadores para o internamento compulsivo e a defesa dos direitos humanos, nestas circunstâncias (Caldas de Almeida, 2018).

A atual Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, tem como principal objetivo estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regular o internamento compulsivo dos indivíduos com doença mental (Lei nº 36/98, 1998). A referida lei, integra artigos referentes à regulação do internamento compulsivo, pondo termo à sua prática sem fundamentação jurídica, sendo esta determinada apenas por decisão judicial, apoiada pelo parecer de, pelo menos, 2 médicos psiquiatras, que comprovem a presença de uma condição clínica que represente perigo para o próprio e para os outros, ou uma situação em que a ausência de tratamento possa resultar na deterioração grave do estado do doente sem o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento (Lei nº 36/98, 1998; Caldas de Almeida, 2018).

Em virtude da lei supracitada, surge o Decreto-Lei n.º35/99 que estabeleceu o novo regime de organização e funcionamento dos serviços de prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, no sentido de se adequar às necessidades dos cidadãos, o qual faz referência à articulação das áreas da educação, do emprego e ação social, dos profissionais, associações de familiares e utentes dos serviços tal como de entidades privadas, da integração da prestação dos cuidados em hospitais gerais, articulando, sempre que necessário, com os centros de saúde e as restantes instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Decreto-Lei n.º35/99, 1999).

Ainda que com a criação das referidas medidas, se tenham verificado melhorias significativas dos cuidados resultantes do novo regime de organização dos serviços, verificou-se a carência de um plano nacional, que agilizasse a implementação das alterações necessárias à reestruturação do SNS (Decreto-Lei n.º 304/2009, 2009).

Neste sentido, determinou-se a criação da Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que teve como missão estudar a situação da prestação dos

cuidados de saúde mental em Portugal e de propor um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental (Decreto-Lei n.º 304/2009, 2009).

O trabalho da referida Comissão, com a aprovação em Conselho de Ministros n.º 49/2008, resultou no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) para 2007-2016, que tinha como objetivos assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todos os indivíduos com problemas de saúde mental em Portugal, sem descurar, pessoas em situação vulnerável, assim como promover e proteger os direitos humanos dos indivíduos com problemas de saúde mental, reduzir o impacto das perturbações psiquiátricas e contribuir para a promoção da saúde mental das populações (Decreto-Lei n.º 304/2009, 2009). De referir que o referido plano se encontra congruente com o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS, sendo que os objetivos e metas preconizadas pelo plano nacional são maioritariamente sobreponíveis às orientações internacionais (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017; WHO, 2013).

As metas de Saúde para 2020 passam por aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários, inverter a tendência da prescrição de benzodiazepinas, apoiar a criação de mais lugares em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção de saúde mental e de prevenção das perturbações psiquiátricas promovidos pelo PNSM (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

### **I.1.2 Enquadramento Legal da Prática do Psicomotricista**

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), associação sem fins lucrativos, que representa a Psicomotricidade e os Psicomotricistas em Portugal, define o âmbito preventivo, reeducativo ou terapêutico, como possíveis âmbitos de intervenção, integrando ainda a intervenção complementar com a família, a escola e a comunidade, assim como a assessoria técnica e a investigação (APP, 2011). O psicomotricista pode desenvolver a sua atividade profissional no âmbito da intervenção social, em setores como, a saúde, educação, segurança social e justiça, atendendo populações com problemáticas de incidência corporal, relacional e cognitiva (APP, 2011).

A Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental salienta a integração de áreas de intervenção mais recentes, no âmbito da intervenção em saúde mental, fazendo referência à psicomotricidade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004).

Na Classificação Portuguesa de Profissões (CPP), pode encontrar-se o código 2269.2, referente a Outros Profissionais de Saúde, n.e., no qual se integra o estatuto de psicomotricista, contemplando entre outras funções a capacidade de “conceber,

implementar e avaliar programas no âmbito da intervenção psicomotora, estimulação, educação, reeducação e terapia”, “identificar e avaliar fatores pessoais e do meio envolvente que influenciam o desempenho de uma atividade e a participação social” e “fazer consultoria e participar em projetos no âmbito da intervenção psicomotora” (INE, 2010, pp. 154-155).

Entre as diversas iniciativas desenvolvidas pela APP, pode salientar-se a criação do Código Deontológico dos Psicomotricistas Portugueses, que integra um conjunto de normas e condutas profissionais e éticas, bem como o Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses, que define os princípios gerais da prática profissional do psicomotricista (APP, 2011; APA, 2012).

## **I.2 Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos**

A psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, da unidade do corpo e mente, integrando aspetos cognitivos, emocionais e físicos assim como a sua capacidade para interagir no contexto psicossocial (European Forum of Psychomotricity [EFP], 2015).

Enquanto terapia de mediação corporal, pode assumir-se que o corpo em movimento constitui a pedra angular da psicomotricidade, sendo esta prática unificadora, permitindo relacionar a atividade mental com o pensamento, o real e o imaginário, o tempo e o espaço, melhorando a capacidade adaptativa do indivíduo e a sua interação no contexto envolvente (Martins, 2001; Probst, 2017). A valorização do movimento em Psicomotricidade, vai para além da sua dimensão neurofisiológica, integrando também a inteligência, a linguagem e afetividade, assumindo que a motricidade se insere numa relação significativa e significativa (Boscaïni, 2003).

Ao integrar a corporeidade e o movimento na sua abordagem, a intervenção psicomotora permite que o sujeito reencontre o prazer sensório-motor através do movimento e da capacidade de ser e agir pelo corpo em relação, otimizando o bem-estar e a sua capacitação, promovendo o seu nível de atividade física e de exercício, desenvolvimento físico e emocional, bem como a consciência do movimento e a funcionalidade do mesmo (Martins, 2001; Probst, 2017; Stathopoulos, 2020).

Segundo Boscaïni (2003), para além da dimensão biológica, o corpo compreende um espaço psíquico, que se expressa mediante as diversas funções psicomotoras e na ação sobre a realidade, as pessoas e os objetos, sendo que a vivência e ação corporal do indivíduo, são considerados indicadores primordiais da identidade e da integridade da mesma, assim como do percurso evolutivo do sujeito.

Mediante a implementação de avaliações e intervenções planejadas individualmente, a intervenção psicomotora estimula e integra os domínios motor, cognitivo e afetivo, inerentes ao comportamento humano, no sentido de possibilitar a intervenção autônoma do indivíduo no seu contexto psicossocial, promovendo uma autoimagem positiva e o bem-estar geral com relações sociais equilibradas, podendo ter um impacto psicológico positivo, não apenas pela promoção de competências físicas, mas também de capacidades cognitivas, perceptivas, afetivas, simbólicas e comportamentais (Probst, 2017).

A terapia psicomotora proporciona a vivência de experiências corporais que contribuem para a construção da identidade do indivíduo, harmonizando as suas competências de forma integrada, criando a ponte entre o corpo e a mente, entre as sensações, emoções e pensamento, entre a linguagem verbal e não-verbal (Boscaini, 2003).

Deste modo, a psicomotricidade considera a constante interação entre as potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo, sem descuidar o corpo enquanto local de manifestação de todo o ser e o seu envolvimento no contexto (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora direciona-se para indivíduos que sentem desconforto em relação ao seu corpo e que apresentam dificuldades em comunicar e agir sobre o envolvimento, encontrando no agir, na experimentação e no investimento corporal, uma possibilidade de dar sentido às suas vivências (Martins, 2001).

No âmbito psiquiátrico, a intervenção psicomotora, pode ser realizada em clínica privada ou inserida em equipas multidisciplinares em contexto hospitalar, nos departamentos/serviços de psiquiatria, psicogeriatrics e gerontopsiquiatria, em regime de ambulatório, de internamento ou área de dia, podendo ocorrer em contexto individual ou em grupo (APP, s.d.).

A intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental, direciona-se a indivíduos com perturbações psiquiátricas comuns e severas, quadros agudos e crónicos, procurando promover a sua saúde, o tratamento e reabilitação em contexto individual ou em grupo, principalmente, em contexto hospitalar (Probst, 2017).

A consciência corporal pode ficar comprometida devido à existência de perturbações psiquiátricas, sendo que, consoante a etiologia dos quadros clínicos, podem ser consideradas as diferentes abordagens metodológicas sejam elas de dimensão sensorial, diferencial, simbólica, expressiva, relacional e cultural (Rodrigues & Lima, 2004).

A psicomotricidade caracteriza-se pelo uso de atividades de movimento com o foco na experiência corporal, no sentido de aliviar os sintomas psiquiátricos, promover autopercepções e sentimentos positivos, associados a novas possibilidades de comportamento, pautadas por maior adequabilidade, favorecendo o desenvolvimento e funcionamento psicossocial (Emck & Scheffers, 2019; Vancampfort et al., 2010).

A experiência imediata em psicomotricidade é usada enquanto base para modificar comportamentos, cognições e emoções, tendo em conta as capacidades e necessidades do paciente (Emck & Scheffers, 2019).

A relação terapêutica estabelecida entre o psicomotricista e o utente, permite a avaliação das necessidades que carecem de intervenção prioritária, providenciando o acesso a serviços específicos para a complexidade dos diversos quadros em saúde mental, seguindo um modelo biopsicossocial (Probst, 2017). Deste modo, a terapia psicomotora inscreve-se essencialmente, num processo de interação entre o utente, o psicomotricista, o vetor de movimento e a corporalidade (Probst & Vliet, 2005).

### **I.2.1 Métodos de Intervenção**

As metodologias utilizadas na intervenção psicomotora são provenientes de terapias expressivas (com recurso à música, dança, desenho, modelagem, mímica, entre outras), técnicas de relaxação e consciencialização corporal, educação gestual e postural, atividades lúdicas, de movimento e de atividade motora adaptada (APP, s.d.).

As técnicas de mediação corporal auxiliam no diálogo entre o utente e o terapeuta acerca daquilo que foi experienciado e percebido nas vivências da sessão, considerando-se o corpo enquanto meio de relação, consigo próprio, com o outro e com o envolvimento, facilitador da comunicação e exploração, mas também como lugar privilegiado de sofrimento mental (Chastang, 2017; Heller, 2012; Martins, 2001). O corpo não transporta apenas o sentimento, mas apresenta diversas capacidades e potencialidades, sendo através dele que temos consciência do mundo e nos projetamos no espaço (Costa, 2003).

Num ambiente terapêutico seguro, o utente é desafiado a desenvolver novos movimentos e a vivenciar novas experiências corporais, enquanto explora formas de comportamento alternativas (Emck & Scheffers, 2019). Neste contexto, a relação terapêutica estabelecida deve ser pautada pela integridade, respeito e responsabilidade (Heynen et al., 2017; Probst & Vliet, 2005).

O terapeuta constrói e introduz determinadas variantes no envolvimento terapêutico no sentido de favorecer oportunidades promotoras da modificação do comportamento e de

aquisição de novas possibilidades de ação, enquanto, motiva o utente, o apoia e encoraja, empaticamente com ele, durante todo o processo terapêutico (Emck & Scheffers, 2019). Para além dos materiais presentes no contexto terapêutico, a atitude do psicomotricista, que intervém tanto de forma verbal como não-verbal, são elementos determinantes no decorrer do processo terapêutico (Emck & Scheffers, 2019). Importa referir que a verbalização assume especial relevância no decorrer da intervenção, constituindo um contributo crucial que, permite auxiliar o utente na partilha do valor intrínseco das experiências vividas, na compreensão da ligação entre a sua problemática, as situações vivenciadas e os objetivos a estas inerentes (Probst & Vliet, 2005).

Através da utilização do corpo em movimento, consegue-se integrar na sessão representações de situações da vida quotidiana do indivíduo, providenciando-lhe a oportunidade de consciencializar as suas próprias capacidades e limites, naquilo que é a sua realidade (Probst et al., 2010).

Na intervenção psicomotora podem ser exploradas diferentes estratégias de modificação comportamental, como o contrato terapêutico e estabelecimento conjunto de objetivos, estabelecimento de contingências comportamentais, utilização de instrumentos de autopreenchimento, treino de prevenção de reincidências e reforço social, são integradas no sentido de melhorar as motivações dos utentes e a sua adesão a longo prazo, tendo em conta componentes emocionais, cognitivas e fisiológicas de cada quadro clínico (Probst et al., 2010).

A orientação fornecida pelo psicomotricista, o seu incentivo e a possibilidade de experienciar diversas sensações num ambiente seguro, permitem ao utente explorar outras possibilidades de ação e alterar o seu comportamento (Probst et al., 2010). Para se compreender e conceber a unidade psicossomática do Eu psíquico e corporal, revela-se determinante a presença de um mediador permissivo e empático, que fomenta a adoção de uma postura autónoma, num espaço terapêutico contentor e securizante (Martins, 2001b).

Tendo em conta a importância do padrão de comportamento, da experiência corporal e a sua relação com a saúde mental, a informação acerca destes domínios apresenta relevância numa perspetiva de diagnóstico, por um lado para descrever as características mais relevantes, bem como os sintomas relacionados com o corpo e com o movimento e, por outro lado, para formular hipóteses acerca da etiologia dos aspetos de saúde mental, no sentido de a promover através da intervenção psicomotora (Emck & Scheffers, 2019). Desta forma, a observação em contexto clínico representa um papel

determinante no diagnóstico e na formulação de um plano terapêutico (Emck & Scheffers, 2019).

Dependendo do pedido de encaminhamento para a intervenção psicomotora, das características do utente, do seu quadro psicológico, das possibilidades e dos objetivos terapêuticos delineados, o terapeuta poderá escolher uma intervenção mais direcionada para a ação ou para a experiência (Probst et al., 2010).

Por um lado, a terapia psicomotora orientada para a ação visa essencialmente o desenvolvimento das capacidades cognitivas e motoras, bem como providenciar suporte para o desenvolvimento pessoal, sendo que as atividades se focam em aprender, desenvolver ou treinar competências psicomotoras, sensório-motoras, perceptivas, cognitivas, sociais e emocionais. Neste sentido, a intencionalidade terapêutica, focar-se-á mais na promoção da motricidade fina e global, equilíbrio, percepção, atenção, interação com objetos, reconhecimento de estímulos, minimizar a passividade, alteração do comportamento, trabalho orientado para objetivos, desenvolvimento da proficiência social, cooperação e responsabilização, assim como, na promoção da capacidade empática e da gestão emocional (Probst et al., 2010). Questões elementares como a prender a relaxar, adquirir uma boa condição física e compreender regras de comunicação básicas, promovendo maior capacidade de percepção e de experiência são também valorizadas (Probst et al., 2010).

Por outro lado, nas intervenções orientadas para a experiência os utentes são incentivados a participar ativamente em diversas atividades motoras e de movimento, nas quais são confrontados com o seu comportamento ou sintomas cognitivos, sendo que podem experienciar diversos tipos de sensações tal como sentimentos depressivos, medo, culpa, raiva, stress, sentimentos de mal-estar, estranheza e insatisfação, bem como pensamentos intrusivos, obsessivos ou outras preocupações (Probst et al., 2010).

Para além da categorização da tipologia de intervenção psicomotora em psiquiatria apresentada por Probst et al. (2010), em função dos critérios de encaminhamento já mencionados, a intervenção psicomotora pode incidir numa componente relacional e psicoafectiva ou numa componente instrumental, segundo Martins (2001b).

A intervenção psicomotora de incidência relacional engloba a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, possibilitando a expressividade e agentividade do sujeito, restabelecendo o desejo na interação com o envolvimento, os objetos e o outro (Martins, 2001b).

Por sua vez, na incidência instrumental atribui-se especial atenção à relação com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento, sendo através

da experimentação sensoriomotora, que se promove o desenvolvimento da capacidade perceptiva, da atividade simbólica e perceptual, reconhecendo a intencionalidade e a consciencialização da ação como fundamentais, dando a possibilidade de explorar diversas formas de expressão (Martins, 2001b).

No decorrer de um processo terapêutico, a terapia psicomotora pode oferecer diversas experiências que, por sua vez, irão desencadear novas emoções e experiências, possibilitando a percepção de discrepâncias entre aquilo que é a realidade e a forma como o utente a percebe (Probst et al., 2010).

Na terapia psicomotora, o importante não é a atividade em si, mas sim a experiência e a percepção interna do utente, sendo que no decorrer da mesma são considerados aspetos como a expressão e regulação das emoções, o aumento da tolerância à frustração, a redução de comportamento impulsivos, a orientação para a realidade, a promoção de competências de interação social, fortalecimento da autoconfiança, a melhoria do esquema e imagem corporal, a redução do medo de falhar, o desenvolvimento da capacidade de autorreflexão, no sentido de facilitar a vida social e emocional do indivíduo, bem como a consciencialização e compreensão dos seus conflitos inter e intrapsíquicos (Probst & Vliet, 2005; Probst et al., 2010).

### **I.2.1.1 Relaxação terapêutica**

No contexto da atividade psicomotora, a relaxação pode ser um aliado na redução dos efeitos nocivos do stress de longa duração, através da promoção da consciência e percepção corporal, fazendo com que o indivíduo tenha maior capacidade para interpretar as reações do próprio corpo e alterar hábitos inconscientes, desenvolvendo novas possibilidades de se movimentar e reagir (Frimodt, 2003).

A relaxação terapêutica, através de um conjunto de técnicas específicas, permite que o indivíduo aprenda a controlar progressiva e conscientemente os segmentos do seu corpo, reduzindo estados de tensão de origem somática e pensamentos intrusivos, conseguindo induzir em si próprio um estado de relaxamento neuromuscular (Aguiar, 2003; İgel & Baçoğul, 2021). As alterações no tónus muscular permitem ao indivíduo perceber diferenças entre as funções tónicas e as funções motoras, permitindo a tomada de consciência da flutuação tónico-emocional, da sensação e da imagem, corresponde à relação com o outro, no sentido de encontrar possibilidades de se antecipar e controlar, não só no contexto terapêutico, como no quotidiano (Boscaini, 2003).

A integração de técnicas de relaxação nas sessões de psicomotricidade, irá proporcionar a exploração de vivências corporais que podem ser mediadas através do

toque corpo a corpo, por objetos mediadores que assumem uma função transitiva, ou mediante a utilização de técnicas de automassagem, revelando-se uma possibilidade menos invasiva, mais securizante e promotora da regulação das tensões, em fases iniciais de intervenção (Maximiano, 2004).

A relaxação compreende um método preventivo e terapêutico, crucial para a vivência da relação entre o seu próprio corpo, a sua personalidade e os recursos pessoais, sendo fundamental a exploração de exercícios de respiração, de “grounding” e de contacto com próprio corpo e com os seus limites pessoais (Frimodt, 2003). Mais do que conseguir relaxar, a relaxação compreende a capacidade de estabelecer a ligação verbal com o que foi vivido, sentido e percebido bem como a ligação transferencial com o terapeuta, através da auto-observação da pessoa (Martins, 2001a).

No decorrer da sessão, a verbalização assume especial relevância permitindo a integração da vivência e a ligação entre o conteúdo sensorial e emocional da mesma (Martins, 2001a; Pireyre & Haillant, 2007). É através da palavra e da sugestão que o psicomotricista orienta a modificação vivida do tónus, apresentando a possibilidade de experienciar estados de maior descontração (Maximiano, 2004).

Ao experienciar a capacidade de observar o seu mundo interno, pensar sobre aquilo que experienciou e atribuir a essa vivência um significado pessoal, o indivíduo será levado a cessar a sua forma de funcionamento habitual e formular novas formas de atuação promotoras de bem-estar e tranquilidade, com base nas sensações prazerosas e de bem-estar que vivenciou (Martins, 2001a).

### **I.3 Impacto da COVID-19 no contexto da Saúde Mental**

O surto pandémico gerado pela propagação do novo coronavírus, identificado em 2019, comumente designado por COVID-19, veio intensificar vulnerabilidades nos domínios da saúde, questões sociais, económicas, ambientais e psicológicas (Akintunde et al., 2021).

A evidência científica denota um contributo massivo de publicações que relacionam o aumento de vulnerabilidades no domínio mental com a pandemia da COVID-19, acarretando consequências significativas na saúde física e mental dos grupos de indivíduos mais vulneráveis (Akintunde et al., 2021; Holmes et al., 2020; Kang et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Pierce et al., 2020). Entre os grupos de indivíduos mais suscetíveis para o desenvolvimento de efeitos adversos, especialmente, alterações psicossociais e emocionais, devido à pandemia, encontram-se pessoas que estiveram infetadas ou que têm risco aumentado para a contração da doença e indivíduos com

comorbilidades médicas pré-existentes, incluindo perturbações psiquiátricas (Pfefferbaum & North, 2020).

Também os profissionais de saúde de primeira linha tiveram de lidar com o elevado risco de infeção e, conseqüentemente, com a exacerbação do medo de infetar os elementos do seu núcleo familiar e a privação de contacto social, para além de terem de tratar pacientes com emoções negativas, assegurar complexos protocolos de isolamento e medidas de segurança, assim como o envolvimento na tomada de decisões emocional e eticamente pesadas, associadas a sobrecarga laboral, sentimentos de frustração, discriminação, negação, raiva e medo, fatores promotores do desenvolvimento de problemas de saúde mental, nomeadamente, *stress*, perturbações do sono, sintomatologia depressiva e ansiosa (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020). O desenvolvimento das referidas problemáticas pode manifestar repercussões ao nível da atenção, da compreensão, da tomada de decisão e do bem-estar geral dos profissionais de saúde (Kang et al., 2020).

De um modo geral, o medo do desconhecido e da incerteza, intensifica os níveis de ansiedade, tanto em indivíduos saudáveis como em indivíduos com problemas de saúde mental, levando a alterações nos mecanismos de resposta emocional e perceções alteradas de risco, pelo que nos processos de tomada de decisão devem ser tidos em conta, tanto o nível de *stress* psicológico vivenciado pelos profissionais de saúde, como pelos indivíduos mais vulneráveis, destacando-se nestes últimos fatores preponderantes como situações de baixo estatuto socioeconómico, género feminino, conflitos interpessoais, uso frequente dos média, baixa resiliência e suporte social deficitário (Torales et al., 2020). Apesar das preocupações acerca da situação pandémica serem inevitáveis e comuns para a maioria da população, estas podem acarretar consequências nas dimensões sociais e ocupacionais dos indivíduos, marcadas pela perda de contactos sociais diretos, perda de entes queridos, do emprego, de oportunidades educacionais, dos momentos de lazer, da liberdade e de redes de apoio (Holmes et al, 2020)

Os efeitos psicológicos da COVID-19 para a saúde mental, relacionam-se com alterações ao nível da cognição, emoção e comportamento, podendo incluir a manifestação de preocupações generalizadas sobre os efeitos do isolamento e distanciamento social no bem-estar, o aumento da ansiedade e depressão, *stress* e outros sentimentos negativos, assim como a preocupação com a emergência de dificuldades económicas (Holmes et al., 2020).

Nos indivíduos com problemas de saúde mental pré-existentes, as principais questões manifestadas compreendem preocupações com a exacerbação das suas

condições de saúde, dificuldade no acesso a serviços de apoio à saúde mental devido às condições pandémicas e o efeito da pandemia na saúde mental dos seus familiares (Holmes et al., 2020). Sabe-se também que o stress associado à vivência da situação pandémica, pode contribuir para a possibilidade de recaída ou para o desenvolvimento de novos episódios clínicos (Yao et al., 2020).

Nestas circunstâncias, o risco de infeção por COVID-19 pode também ser potenciado pela presença de perturbações psiquiátricas, muitas vezes associadas ao agravamento de processos inflamatórios e à desregulação do sistema imunitário, nomeadamente, em situações de *stress* intenso, depressão, esquizofrenia e perturbação bipolar, exigindo especial atenção no sentido de melhorar o prognóstico da doença (Bouabdallaoui et al., 2021).

Por sua vez, a infeção por *Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavírus – 2*, SARS-CoV-2, vírus responsável pela COVID-19, pode afetar o funcionamento cerebral ou desencadear respostas imunológicas com efeitos adversos para a saúde mental dos doentes infetados (Holmes et al., 2020).

Durante a vivência de circunstâncias extraordinárias, é expectável que aumente a prevalência de situações de ansiedade e depressão, assim como de perturbações relacionadas com a adição ao jogo, com o abuso de substâncias e de álcool, situações de violência doméstica, comportamento autolesivos, como a automutilação e, em última instância, o suicídio, assim como fatores de risco psicossociais como a desconexão social, falta de significado ou anomia, sensação de aprisionamento, *cyberbullying*, desemprego, dificuldades económicas e situações luto (Holmes et al., 2020).

No contexto gerado pela propagação da COVID-19, devem ser providenciados mecanismos de avaliação psicossocial e de monitorização de fatores stressores, como o contacto com fontes de contaminação, ter familiares infetados, distanciamento físico e perda de entes queridos, consequências secundárias, como perda de rendimento económico, efeitos psicossociais, sintomatologia depressiva, ansiosa e preocupações psicossomáticas, não desvalorizando indicadores de vulnerabilidade pré-existentes, nomeadamente, a presença de perturbações psiquiátricas (Pfefferbaum & North, 2020).

Globalmente, deverão ser programadas respostas que procurem colmatar as consequências psicossociais desta pandemia, integrando intervenções de apoio à comunidade que desenvolvam mecanismos de coping e de prevenção, possibilitando o encaminhamento para a avaliação e prestação de cuidados de saúde mental (Torales et al., 2020). De referir que estas consequências tenderão a permanecer caso não sejam devidamente identificados os grupos mais vulneráveis e aplicado um modelo de

intervenção em saúde mental, a fim de reduzir as vulnerabilidades psicológicas em todo o mundo (Bouabdallaoui et al., 2021; Holmes et al., 2020).

O impacto da COVID-19 a longo prazo pode levar semanas ou até meses para se tornar totalmente evidente, sendo crucial a sua avaliação nas populações mais vulneráveis, especialmente, em zonas rurais marcadas pelas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e para os indivíduos com baixo estatuto socioeconómicos, sendo que controlar esse impacto requer o esforço conjunto dos profissionais de saúde e dos sistemas de saúde, em geral, a fim de desenvolver intervenções no âmbito da saúde mental e providenciar estratégias terapêuticas eficazes (Rajkumar, 2020).

A otimização do uso das tecnologias deve também ser considerado, promovendo intervenções psicossociais, em formato digital, como possibilidades de intervenções terapêuticas, quer seja através da utilização de aplicações, salas de conversação online ou fóruns, que permitam providenciar psicoeducação, manter a monitorização terapêutica bem como atenuar os efeitos da solidão e o seu impacto nefasto na saúde mental (Holmes et al., 2020).

Apesar da COVID-19 ter vindo desafiar respostas no âmbito da saúde mental, também contribuiu para a consciencialização da importância desta temática não só para a população de maior risco, como para os profissionais de saúde e para a população em geral (Rajkumar, 2020).

#### **I.4 A intervenção psicomotora no contexto pandémico**

O ser humano enquanto unidade psico-corporal, deve ser considerado para além de uma componente biológica, integrando a dimensão psíquica, um meio de expressão das emoções, do pensamento, da inteligência e da afetividade, não focando apenas o seu mundo interno, mas também a sua relação e experiência com o mundo exterior, sendo através do corpo e da sua motricidade que a presença do ser humano no mundo é assegurada (Antunes, 2004; Fonseca, 2011). O corpo assume-se, assim, como um instrumento que possibilita a compreensão das emoções do próprio e do outro e a sua expressão, através de canais não verbais, atitudes e intenções conscientes e inconscientes (Valeria & Carmen, 2020).

Ao longo da vida, a singularidade de cada ser humano é pautada pela construção dinâmica de vivências, que devem acarretar um verdadeiro significado emocional, privilegiando-se o corpo enquanto espaço seguro para a troca relacional com o outro e com o mundo (Strecht, 2020).

De acordo com o estudo relacionado realizado por Roberts et al. (2021), a experiência de viver com a COVID-19 originou preocupações com a saúde física e mental, causando impacto no bem-estar e na qualidade de vida. Foram identificados sintomas físicos como cansaço extremo, alterações nos sentidos, nomeadamente, perda do olfato e paladar, sintomas neurológicos e musculares bem como sintomas psicológicos e emocionais, como a perda de controlo, medo do desconhecido e do isolamento, sentimentos de raiva, embaraço relativamente ao estigma associado à doença e ansiedade, revelaram-se as dimensões mais afetadas na presença do diagnóstico da referida doença (Roberts et al., 2021).

Tendo em conta a relação existente entre a emergência de sintomas físicos e emocionais, revela-se determinante não descurar a possibilidade da emergência de queixas físicas enquanto extensão de uma eventual disfunção psíquica, atendendo, assim, ao diálogo permanente entre corpo e mente (Strecht, 2020).

O contexto pandémico e as medidas de confinamento adotadas que, limitaram imensamente a possibilidade de sair de casa, manter contacto social, ter acesso ao contexto laboral, educativo e aos restantes serviços, acabaram por resultar em alterações nos padrões de comportamento e funcionamento emocional (Browning et al., 2021).

Com os períodos de distanciamento social impostos, verificou-se o aumento do uso das redes sociais bem como a utilização da internet, sendo que do seu uso indiscriminado, podem advir vulnerabilidades como perturbações depressivas, ansiosas, alimentares e de adição, alterações no padrão do sono, ataques de pânico, irritabilidade, problemas de atenção, linguagem e comunicação, bem como a redução da interação social (Santos, 2021). Tendo em conta o aumento da utilização das redes sociais, nomeadamente, daquelas nas quais a aparência apresenta especial enfoque, salienta-se ainda a possibilidade de aumento de perturbações da imagem corporal, sentimentos de insatisfação corporal e baixa autoestima, em especial, no género feminino (Vall-Roqué et al., 2021). Neste sentido, o nível de stress e ansiedade associado à COVID-19, parece também estar associado ao desenvolvimento de perturbações na imagem corporal, acompanhadas de rumações pejorativas e sentimentos de insatisfação mais frequentes (Swami et al., 2021).

Mediante as alterações referidas, salienta-se a necessidade de equacionar as consequências provenientes de uma sociedade pautada pelo vazio e liquidez relacional, tornando desafiante a atribuição de significado, a estruturação da personalidade e a vivência de relações de proximidade, contacto e solidez (Strecht, 2020).

Para muitos jovens e adultos, o corpo, a pele, no fundo, a superfície corporal assume-se enquanto centro de localização da própria existência, tornam-se sinónimos de espaço projetivo da vida psíquica, que se organiza de forma superficial, com uma rede de ligações enfraquecida e experiências emocionais passíveis de serem inscritas e reativadas temporalmente, tornando difícil a possibilidade de certas vivências emergirem em significado para o próprio ou para aqueles que o rodeiam (Strech, 2020). A ausência de narrativa emocional constitui a possibilidade de uma futura desconexão vivencial (do próprio e no relacionamento com os outros), resultando numa personalidade estruturada em partes fragmentadas, desconectadas entre si, que fragilizam a emergência de um ser coeso e saudável (Strecht, 2020).

Por outro lado, vivências afetivas, com conteúdo emocional e consequente possibilidade de inscrição psíquica permitem criar boas memórias e possibilitar ligações futuras, potenciando o desenvolvimento de uma energia psíquica, organizadora e significante para a vida, assim como o a criação de recursos internos fundamentais em casos de rutura ou fragilidade psíquica (Strecht, 2020).

Face às alterações percecionadas no período pandémico e tendo em conta as exigências a este associado, revelou-se necessário proceder à reestruturação dos protocolos de intervenção no sentido de adaptar a prática às exigências emergentes. O espaço enquanto variável incontornável na prática psicomotora e no envolvimento corporal, também sofreu alterações, por força do contexto pandémico e das restrições impostas, tendo de ser repensado em detrimento do espaço social de partilha e relação com o outro, carecendo de redefinição de perspetivas (Valeria & Carmen, 2020).

Neste sentido, durante a pandemia, a terapia psicomotora passou por diversas fases, no sentido de se adaptar às medidas da DGS e às recomendações da OMS, pelo que as intervenções presenciais com adultos, foram inicialmente suspensas, passando, posteriormente, para regime à distância e só depois foi possível retomar a intervenção presencial, na maioria dos contextos, com a implementação de diversas adaptações (SCAPP, 2021).

No próximo capítulo serão apresentadas as medidas implementadas na dinâmica do Serviço de Psiquiatria do CHMT, no sentido de caracterizar a intervenção psicomotora realizada durante este período.

## **II Enquadramento Institucional**

Neste capítulo irá ser apresentada a caracterização formal da instituição na qual se desenvolveu o presente estágio curricular, apresentando-se o Centro Hospitalar Médio Tejo, no qual se integra o Serviço de Psiquiatria e respetivas valências, nomeadamente, o Internamento e o Hospital de Dia. A constituição da equipa integrada no referido serviço será também descrita.

### **II.1 O Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT)**

O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) compreende, desde 2005, uma entidade de direito público de natureza empresarial (E.P.E.), que integra três Unidades Hospitalares complementares, localizadas em Abrantes, Torres Novas e Tomar, abrangendo, desta forma, 14 concelhos, estando ao dispor de 266 mil habitantes (CHMT, 2016).

O CHMT tem como objetivo o tratamento e a reabilitação dos utentes, em tempo adequado do ponto de vista clínico, com a prestação de serviços pautados por condições ótimas de qualidade e humanidade, regendo-se pelo princípio de acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), tendo em conta as regras de organização e as redes de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

A missão do CHMT visa a prestação de cuidados de saúde diferenciados, marcados pela eficiência e qualidade, em parceria com outros serviços da comunidade, com custos acessíveis, sendo que o serviço assistencial que disponibiliza, reveste-se de competência na sua organização e prestação, procurando investir no desenvolvimento, inovação e na investigação (CMHT, 2014).

A atividade do CHMT fundamenta-se em valores essenciais pautados pela qualidade, ética e integridade, respeito pelos direitos individuais assim como a competência e inovação, no sentido de assegurar a prestação dos melhores cuidados de saúde (CHMT, 2014).

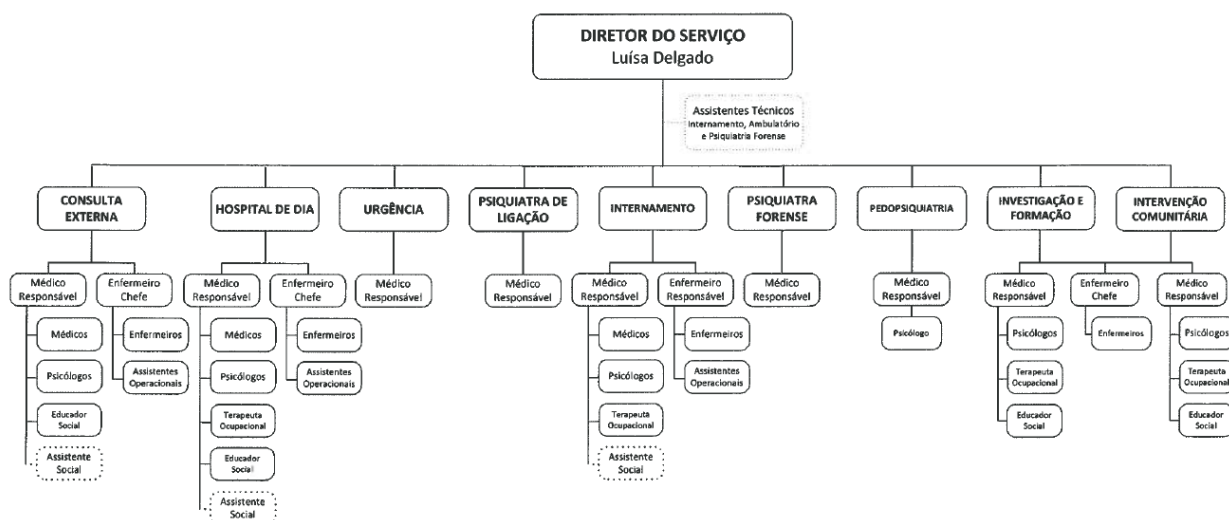
#### **II.1.1 O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo**

O Serviço de Psiquiatria encontra-se localizado na Unidade Hospitalar de Tomar, estando a funcionar desde 2002 com as valências de Consulta Externa, Hospital de Dia e Urgência. A partir de 2007, o referido serviço passou a integrar também a valência de Internamento, que permitiu ampliar a capacidade de resposta do CHMT em situações de perturbação psiquiátrica aguda, evitando a referenciação dos utentes para Lisboa (CHMT, 2015).

O respetivo serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que integra médicos psiquiatras, internos da formação específica de psiquiatria, psicólogos, assistente social, enfermeiros, terapeuta ocupacional, educadora social, assistentes operacionais e assistentes técnicos (CHMT, 2014). Os referidos profissionais dividem a sua atividade, assegurando a prestação de serviços e cuidados, por todas as valências do Serviço nomeadamente, pela Consulta Externa, Hospital de Dia, Internamento, Urgência, Psiquiatria de Ligação, Psiquiatria Forense, Pedopsiquiatria, Intervenção Comunitária, Investigação e Formação (CHMT, 2014).

No sentido facilitar a esquematização da referida organização, encontra-se abaixo, na figura 1, o organograma do serviço de Psiquiatria do CHMT.

Figura 1 - Organograma do Serviço de Psiquiatria do CHMT



As atividades de estágio do presente relatório decorreram, essencialmente, nas valências de Hospital de Dia e Internamento, pelo que se considera pertinente a sua descrição mais pormenorizada.

### Internamento

A valência de internamento de psiquiatria destina-se a utentes residentes na área de influência do CHMT, com idade superior a 18 anos, que necessitem de internamento psiquiátrico por doença mental agudizada mediante avaliação prévia pelo médico psiquiatra. Na referida valência salvaguardam-se ainda 2 camas para internamento de adolescentes com mais de 13 anos no âmbito da Pedopsiquiatria (CHMT, 2015).

O Internamento tem capacidade para 24 utentes, possuindo para além das enfermarias e dos quartos individuais, diversas salas e gabinetes de trabalho, entre os

quais 1 sala de terapia e convívio, 1 sala de reuniões, 1 refeitório para os utentes e outro para os profissionais, assim como uma sala de fumo, sendo o único local da unidade no qual é permitido fumar (CHMT, 2015).

De entre as situações com indicação médica para o internamento em psiquiatria, salientam-se situações de risco de suicídio, síndrome depressivo grave, síndrome esquizomorfo, síndrome paranoide, alteração grave do comportamento, outras situações psicopatológicas graves e o mandato de condução para internamento compulsivo (CHMT, 2015).

### **Hospital de Dia**

Em alternativa ao internamento, existe a valência de Hospital de Dia, que providencia assistência pós-alta hospitalar, permitindo que o utente permaneça em contacto com o seu contexto familiar/profissional/social e beneficie de atividades terapêuticas bem como de processos de readaptação (CHMT, 2014). O Hospital de Dia caracteriza-se por ser um espaço de socialização e integração social, as dinâmicas de grupo revelam-se cruciais, assim como a promoção de momentos de animação, formação e de reinserção socioprofissional, tendo como principais objetivos (CHMT, 2014):

- Criar projetos terapêuticos em ambiente protegido, aliando programas que estimulam diversas competências do indivíduo com perturbação psiquiátrica, que vão desde os aspetos relacionais e de gestão de conflitos às habilidades socioprofissionais e de desempenho de atividades de vida diária, no seio da sua família e na comunidade;
- Promover a autonomia e adequação dos recursos narcísicos da personalidade na vida de relação e no seu meio natural, contrariando a falsa proteção que um internamento pode condicionar a longo prazo;
- Valorizar o papel da família e da comunidade;
- Diminuir o recurso ao internamento;
- Diminuir o tempo médio de internamento.

A referida valência possui capacidade para 10 utentes, sendo que a intervenção terapêutica disponibilizada é assegurada por uma equipa multidisciplinar através de atividades de vida diária, treino de aptidões sociais, o atelier de artes plásticas, atividade física, as reuniões comunitárias, o espaço de leitura, a psicoeducação, saídas socioculturais, jogos didáticos e dinâmicas de grupo (CHMT, 2015).

Existem dois regimes possíveis para integrar a valência de Hospital de Dia, frequência em regime diário, tendo a possibilidade de permanecer no serviço num período de atividades das 9:00h às 17:00h ou ingressar num regime parcial, no qual os utentes se

deslocam para sessões terapêuticas regulares, de periodicidade variável, tendo em conta as especificidades de cada caso. De referir que a indicação acerca do regime a frequentar é fornecida pelo médico psiquiatra no processo clínico, estabelecendo o plano terapêutico com o tipo de tratamento a realizar, sendo que ambos os regimes implicam avaliação médica semanal e nota de alta (CHMT, 2014).

Tendo em conta o desenvolvimento do estado pandémico e o conseqüente flagelo associado à infeção disseminada por SARS-CoV-2, revelou-se necessário proceder a alterações na forma de funcionamento do serviço nomeadamente na valência do Hospital de Dia. Deste modo, a referida valência passou a funcionar apenas em regime parcial, em dois períodos, das 10-12h e das 14-16h, sendo os grupos terapêuticos constituídos no máximo por 6 utentes, sem a possibilidade de realizar refeições no hospital.

Com o agravamento da situação pandémica em Portugal, no início do ano de 2021, surge o Plano de Reestruturação durante o Confinamento (CHMT, 2021), que teve a duração aproximada de um mês e meio e procurou introduzir novas normas de funcionamento, limitando as atividades de grupo na valência de Hospital de Dia a um limite máximo de 2 utentes. Neste período de confinamento, também o regime de funcionamento das sessões foi alterado, passando a disponibilizar sessões de regime presencial, apenas para os casos identificados como mais vulneráveis, tanto pelo seu quadro clínico como pela sua situação de vulnerabilidade social e sessões de regime não presencial, através de videochamada. Os utentes integrados neste último modelo de intervenção, mantinham contacto telefónico semanal com o seu técnico de referência, no sentido de partilhar informações referentes ao seu estado clínico e de assegurar a manutenção do contrato terapêutico.

### **II.1.2 A realidade do Serviço de Psiquiatria do CHMT durante o período pandémico**

Algumas das intervenções terapêuticas disponibilizadas pela equipa do Hospital de Dia, passaram para o formato à distância, nomeadamente através de videoconferência pela plataforma “Microsoft Teams”. De referir que, os utentes selecionados para esta tipologia de intervenção, foram previamente contactados no sentido de perceber a disponibilidade de meios tecnológicos facilitadores das sessões, proceder à sua instalação nos dispositivos pessoais, testando o seu funcionamento e recolher o consentimento informado do utente, salvaguardando as questões relacionadas com a proteção de dados. Mediante a impossibilidade do utente integrar os grupos terapêuticos em formato online, o contacto

entre o mesmo e a equipa era assegurado, pelo menos uma vez por semana, pelo técnico de referência atribuído, através de chamada telefónica e/ou correio eletrónico.

Assegurar a continuidade do contacto terapêutico revelou-se uma prioridade, pelo que se procurou manter a assiduidade do mesmo e reforçar a disponibilidade da equipa para a eventual necessidade de contacto autónomo por parte do utente.

Tendo em conta as particularidades de alguns utentes, revelou-se determinante equacionar fatores como a especificidade do quadro clínico, a ausência de redes de apoio formais e informais, a sobrecarga dos cuidadores responsáveis e a necessidade de monitorização terapêutica, pelo que se considerou necessário assegurar a manutenção do contacto presencial de determinados utentes com o serviço.

Posto isto, algumas dinâmicas do serviço mantiveram o seu regime presencial, nomeadamente, as sessões de grupo de psicomotricidade de segunda e quinta-feira, que contaram com a presença de 3 utentes, sendo que a sessão de quarta-feira passou para o formato online, contando com a participação de 4 utentes. De referir que os dois estudos de caso acompanhados pela estagiária no âmbito da intervenção individual, mantiveram a sua frequência presencial habitual durante todo o período de confinamento.

Perante a necessidade de reestruturação dos grupos terapêuticos, foi perceptível a necessidade de adaptação dos utentes pelo facto de verem a participação dos restantes elementos dos grupos condicionada e, conseqüentemente, a dinâmica dentro do próprio grupo. Durante este período, foi notória a preocupação dos utentes com o agravamento da situação pandémica, sendo necessário, fornecer algumas explicações acerca do comportamento do vírus, da importância de cumprir as regras de segurança e adaptar as rotinas diárias, estando alerta para o agravamento da sintomatologia psiquiátrica ou emergência de novos sintomas.

No que diz respeito à intervenção realizada na valência de internamento, salienta-se a sua interrupção pelo período de 20 dias, em virtude da ocorrência de um surto de COVID-19, durante o mês de janeiro de 2021. Após este período, o modelo de intervenção na valência de internamento também sofreu alterações, sendo que a intervenção em grupo, anteriormente, sem limite de participantes, deixou de ser realizada, passando o contacto a ser realizado de forma individual ou em pequenos grupos constituídos por elementos que partilhavam o mesmo quarto. Com a impossibilidade dos utentes se deslocarem à sala terapêutica, fora do contexto de internamento, verificou-se um aumento da agitação psicomotora, irritabilidade, desmotivação para a adesão às atividades terapêuticas propostas, dificuldade em permanecer nas mesmas e concretizá-las até ao fim e menor tolerância à frustração. Revelou-se então necessário reinventar o espaço de intervenção,

de forma a delimitar o espaço pessoal do espaço terapêutico, mas, paralelamente, permitir que as vivências da sessão se repercutissem fora da mesma, facilitando a convivência entre os pares e a experiência de internamento, de um modo geral.

No que compreende as medidas de segurança estabelecidas para o funcionamento das sessões, a utilização de máscara, o distanciamento físico entre os utentes, a higienização frequente das mãos e dos materiais utilizados, assim como a restrição na partilha dos objetos, foram privilegiadas no decorrer das sessões de psicomotricidade.

Ao habitual toque utilizado em contexto terapêutico associou-se uma certa ambivalência pois, se por um lado, este apresenta um potencial terapêutico determinante, no atual contexto pandémico, passou a ser considerado como evitável, constituindo uma possível fonte de transmissão. À ausência do toque acresce ainda o afastamento físico e social, a consequente diminuição de contactos sociais próximos fruto do isolamento recomendado, dando origem a corpos ainda mais solitários, contidos e desinvestidos.

Por sua vez na intervenção à distância, uma das estratégias utilizadas foi a utilização de dinâmicas interativas no formato de PowerPoint, no sentido de potenciar a interação e a adaptação ao ecrã enquanto mediador da sessão. Uma vez que todos os elementos do grupo apresentavam diagnóstico no espectro da esquizofrenia, com dificuldades significativas no domínio do funcionamento executivo, procurou-se realizar algumas atividades de promoção das referidas competências, refletindo-se sobre o seu papel nas diferentes atividades do quotidiano. A exploração de atividades de relaxação foi também incentivada, sobretudo através da exploração do espaço, da consciencialização da respiração e dos limites corporais, com recurso a objetos, enquanto mediadores. A escolha das referidas atividades prendeu-se essencialmente pela possibilidade de monitorização das atividades por parte da terapeuta. Com as referidas alterações de funcionamento foram identificadas algumas limitações nomeadamente a interrupção do contacto visual devido a dificuldades no manuseamento dos dispositivos tecnológicos ou a atrasos na transmissão da imagem, bem como a inibição na participação em atividades mais expressivas

Durante o período de confinamento, a gestão da relação terapêutica revelou-se essencial no sentido de assegurar e reforçar os seus limites tendo em conta a proximidade com o espaço individual de cada utente, quer seja em contexto de internamento, quer nas intervenções à distância, nas quais os utentes acabavam por partilhar um pouco mais da sua intimidade. A incerteza vivida durante este período, era uma variável comum entre terapeutas e utentes, pelo que a capacidade de autorregulação por parte do terapeuta se revelou determinante para este conseguir transmitir a confiança necessária aos utentes,

tranquilizando os seus receios e inquietações e assim, assegurar a continuidade do processo terapêutico, neste período crítico.

Ainda que no âmbito da psicomotricidade apenas tenham sido acompanhados um total de 4 utentes, no modelo de intervenção à distância, foi possível verificar que, enquanto alguns preferiram este modelo de intervenção, revelando-se mais confortáveis no seu contexto, sem necessidade de desafiar os receios inerentes ao contacto social, para outros esta restrição era vivida de forma angustiante, manifestando preferência pela intervenção presencial.

Ultrapassado o período de confinamento, o regresso às sessões presenciais pautou-se pela reformulação dos grupos terapêuticos e consequente readaptação dos utentes à mesma, tendo sido evidentes algumas modificações comportamentais, principalmente nos utentes que não mantiveram o acompanhamento à distância através de videoconferência, nomeadamente, a intensificação da sintomatologia negativa, da lentificação psicomotora, a exacerbação do receio de contágio, bem como das fobias sociais pré-existentes.

De um modo geral, com a reestruturação das rotinas e o regresso à participação em atividades significativas, a maioria dos utentes apresentou remissão das alterações supracitadas, ainda que, em alguns casos, tenha sido necessário proceder à alteração do plano farmacológico ou, em casos mais agudos, recorrer ao internamento.

## **II.2 Perturbações Psiquiátricas atendidas no contexto de estágio**

O Serviço de Psiquiatria apresenta uma hierarquia de intervenção no âmbito da saúde mental, sendo a intervenção assistencial dirigida prioritariamente a situações de risco de suicídio, a perturbações do humor graves, perturbações psicóticas, demências e outras situações clínicas graves, analisadas caso a caso.

Apesar de não existirem dados informativos e publicações referentes à prevalência e tipologia de perturbações acompanhadas no serviço, procurou-se caracterizar, neste segmento do relatório, as perturbações mais frequentemente acompanhadas em contexto de intervenção psicomotora e as especificidades da intervenção psicomotora para cada uma delas, nomeadamente, a Perturbação Depressiva e a Esquizofrenia. De referir que o critério para a inclusão da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, não se prende com a frequência desta perturbação entre os casos acompanhados, mas sim, com o facto de ser a condição clínica de base do Estado de Caso I, integrado no ponto 4, do presente capítulo.

## **II.2.1 Perturbação Depressiva**

A perturbação depressiva integra as perturbações do humor, também designadas de doenças afetivas e caracteriza-se pela presença de sintomas físicos e mentais que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica, envolvendo a esfera afetiva e emocional, cognitiva, somática, motora e comportamental (Bastos et al., 2015; Wilkinson et al., 2005).

De um modo geral, os sintomas que caracterizam esta perturbação são a presença de um humor triste, vazio ou irritável, perda de energia, redução do campo de interesses, anedonia, bem como alterações somáticas e cognitivas que afetam o funcionamento psicossocial do indivíduo (APA, 2013).

No seguimento de quadro clínico depressivo, sabe-se que a expressão emocional se pode encontrar comprometida a nível da reatividade aos estímulos externos, podendo associar-se a labilidade emocional ou culminar, em casos mais severos, em indiferença ou anestesia afetiva com ausência de ressonância emocional (Bastos et al., 2015).

No domínio cognitivo, é comum verificar-se lentificação do pensamento, com tonalidade negativa e diminuição de algumas funções executivas (atenção, concentração e memória), sendo frequente o relato de uma redução global do rendimento cognitivo, por parte dos doentes (Bastos et al., 2015).

As referidas alterações da esfera cognitiva, acompanham-se de sentimentos de autodesvalorização, com diminuição da autoestima, insegurança, sentimentos de culpa, pessimismo e desesperança, sendo que nas formas mais graves, poderá surgir o desapego pela vida e, conseqüentemente, risco de suicídio acrescido (Bastos et al., 2015; Jara, 2007).

A dimensão somática, assume também um peso relevante na presente perturbação, dando origem a alterações dos níveis de energia, sono, apetite, peso, da sexualidade e queixas físicas variáveis, como cefaleias, lombalgias, palpitações, dispneia ou náuseas (Bastos et al., 2015; Wilkinson et al., 2005).

Na dimensão motora, verifica-se o desenvolvimento de inibição do nível normal de atividade, sendo que, para além da lentificação motora e do pensamento, os doentes podem adotar uma postura mais retraída, mímica facial pouco expressiva, assim como um discurso de tonalidade monocórdica, com intensificação dos tempos de pausa e aumento dos tempos de latência de resposta (Bastos et al., 2015).

O presente quadro clínico, pode ainda resultar em alterações da conduta, nomeadamente, na inércia, dificuldade na tomada de decisões, clinofilia, negligência com os cuidados de higiene e aparência, tendência para o isolamento social e condutas

autodestrutivas, que podem assumir formas menos expressivas como a bulimia, alcoolismo, abandono da terapêutica em situações de doença crónica, ou formas mais diretas como a tentativa de suicídio (Bastos et al., 2015).

O desenvolvimento da presente perturbação parece estar dependente de fatores de risco temperamentais, como níveis mais elevados de neuroticismo, presença de sintomatologia psicótica e ansiosa e a intensidade da mesma, fatores de risco ambientais, no qual se integram a perda ou separação dos pais assim como fatores genéticos e fisiológicos (APA, 2013; Bastos et al., 2015).

Associadas à perturbação depressiva podem encontrar-se outras perturbações, nomeadamente, a perturbação de ansiedade generalizada e fobias específicas, agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação do *stress* pós-traumático, perturbações do sono, esquizofrenia, abuso de álcool e drogas (Wilkinson et al., 2005).

Ainda que a etiologia desta perturbação possa não estar devidamente identificada, a mesma parece resultar da complexa interação entre vulnerabilidade genética, fatores do neurodesenvolvimento, eventos contextuais e modificações epigenéticas que levam a alterações neuroquímicas, neuroendócrinas, neuroestruturais e neurofuncionais, em diversas áreas cerebrais (Bastos et al., 2015).

### **II.2.1.1 Intervenção psicomotora na perturbação depressiva**

A sintomatologia depressiva associada a sentimentos de dor, perda, desesperança, anedonia, bloqueio de pensamento e alterações psicomotoras como o baixo tónus muscular, padrão de marcha inibido e lentificação/agitação psicomotora, devem ser tidos em conta na intervenção com a referida perturbação (Röhricht, 2014).

A abordagem da terapia psicomotora para indivíduos com depressão, deve integrar diversas possibilidades de experienciar sucesso, melhorar o autoconceito e autoimagem, tendo em conta objetivos realistas, adequados a cada utente, que permitam desenvolver competências eficazes e atribuições internas positivas (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

A própria dinâmica do grupo pode constituir uma oportunidade para desenvolver estratégias de coping adequadas, desenvolver a iniciativa e a capacidade de escolha de atividades, incentivar a partilha acerca das conquistas percecionadas no seu processo terapêutico com outros elementos do grupo, assim como promover a capacidade de reflexão no final da sessão, estimulando a partilha de experiências e sentimentos (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

A redução de sentimentos de ansiedade e tensão deve ser tida em conta, assim como o fornecimento de psicoeducação no sentido de alertar para a importância da

atividade física e do bem-estar, motivando a procura ativa de soluções e a estimulação de competências de comunicação verbal (Probst, 2017).

O envolvimento em atividades motoras deve também ser considerado, uma vez que, apresenta efeitos complementares às terapêuticas tradicionais, melhorando a saúde física, a autoimagem, providenciando estratégias de *coping* para o stress, qualidade de vida e a independência nas atividades de vida diária, sendo que, complementarmente, não devem ser descuradas estratégias de motivação, no sentido de potenciar a adesão dos utentes (Knapen et al., 2015).

A terapia psicomotora orientada para a ação, pode auxiliar o indivíduo a ultrapassar ou a adaptar-se às consequências da perturbação, podendo integrar exercícios de relaxação, no sentido de controlar a sintomatologia associada à perda de vitalidade e baixa responsividade (Buschbach et al., 2019).

Por sua vez, a incidência de intervenção mais direcionada para a experiência, permitem a promoção do *insight* e facilitam a adoção de novas estratégias comportamentais (Buschbach et al., 2019).

A utilização de exercícios de exploração do espaço, consciencialização corporal, representação e de promoção da consciência sensorial são aconselhados, no sentido de combater a baixa afetividade e a redução da atividade psicomotora, promovendo a expressividade, a capacidade de autorregulação e modulação afetiva (Kalleian et al., 2014; Röhricht, 2014).

As intervenções direcionadas para o corpo, para a força e potencial de ação, visam reajustar a autoavaliação do sujeito, tendencialmente negativa, e fortalecer o seu autoconhecimento, procurando encontrar respostas construtivas em detrimento das tendências de pensamento autodestrutivo, característico do presente quadro clínico (Kalleian et al., 2014; Röhricht, 2014).

Diferentes tipos de incidência podem ser utilizados na intervenção psicomotora para esta perturbação, permitindo o envolvimento em experiências de sucesso, que aumentam a autoestima e permitem a regulação emocional, colmatando a imagem corporal negativa e a consciência corporal distorcida (Buschbach et al., 2019).

## **II.2.2 Perturbação Obsessivo-Compulsiva**

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma perturbação psiquiátrica caracterizada, fundamentalmente, pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados, imagens ou impulsos (i.e., obsessões) e repetição mental ou comportamental, que se impõem à vontade do indivíduo, levando-o muitas vezes a desempenhar ações de

forma ritualizada (i.e., compulsões), no sentido de aliviar a ansiedade e o sofrimento percebidos (APA, 2013; Maltez & Barandas, 2015; Simpson, 2020). Este tipo de comportamentos quando surgem de forma intensa, causam angústia, mal-estar, consomem tempo ao indivíduo, culminando com impacto psicossocial significativo (APA, 2013; Nobre, 2019).

Apesar do conteúdo específico das obsessões e compulsões poder variar entre os indivíduos, existem algumas dimensões comuns na POC, nomeadamente, as de limpeza, simetria, pensamentos proibidos ou tabus e ferimentos (APA, 2013). Os tipos de obsessões mais comuns na POC são a contaminação, obsessões de cariz religioso, ideias de superstição, perfeccionismo, perda de controlo ou pensamentos de cariz sexual indesejados e os tipos de compulsões mais relacionadas com a verificação, repetição, limpeza, pensamentos intrusivos, acumulação e ordenação (Lack & McMillan, 2015).

Na maioria dos casos, o indivíduo mantém um adequado *insight* das suas experiências, sendo que existem situações mais graves em que este não manifesta crítica, aderindo às ideias obsessivas, levando a perturbação a assumir contornos psicóticos (Maltez & Barandas, 2015). O facto de os indivíduos poderem sentir vergonha dos seus comportamentos pode denotar consciência de que as compulsões e obsessões são irracionais e não verdadeiras, o que facilita o processo terapêutico possibilitando a exposição e a confrontação com os sintomas (APA, 2013; Nobre, 2019).

Revela-se pertinente referir que, ainda que não se encontrem bem delimitadas as fronteiras entre a POC e outras patologias, esta pode manifestar-se em comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente, perturbação depressiva *major* e fobia social, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação do comportamento alimentar e perturbação da personalidade, em especial, perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva, com manifestações marcadas pela preocupação obsessiva com detalhes, escrupulosidade e marcado perfeccionismo (Maltez & Barandas, 2015).

Apesar da etiopatogenia da POC ainda não se encontrar completamente compreendida, parece existir uma forte componente neurobiológica, relacionada com a eventual disfunção de alguns neurotransmissores, nomeadamente da serotonina (Maltez & Barandas, 2015).

Segundo a revisão não-sistemática da literatura realizada por Rodrigues et al. (2017), parece existir um funcionamento atípico nos sistemas cerebrais responsáveis pela aprendizagem de novas ações nos indivíduos com POC, que podem estar na origem dos comportamentos repetitivos característicos desta perturbação.

Os indivíduos com POC geralmente possuem crenças disfuncionais, que podem incluir o sentido de responsabilidade exacerbado, perfeccionismo e intolerância à incerteza, tendência para sobrestimar a ameaça e a probabilidade de surgirem acontecimentos negativos, com potencial lesivo, que potenciam o controlo excessivo sobre os seus pensamentos, de forma a contornar a sua concretização (Perestelo et al., 2017).

O perfeccionismo estando associado a vários pensamentos, crenças e emoções negativas, nomeadamente, o medo de falhar, receio de desaprovação, a adoção de regras rígidas na condução da sua vida ou pensamento dicotómico, constitui um fator de risco para o desenvolvimento da POC, estando associado a consequências negativas que condicionam a vida do indivíduo, tanto na sua adaptação ao ambiente, como na sua vida profissional, emocional (sintomatologia depressiva e ansiosa), social (tendência para o isolamento), cognitiva (fenómenos de ruminação e preocupação, conteúdo negativo das cognições, inflexibilidade cognitiva, défices de concentração, interpretação enviesadas para a ameaça) e comportamentais (por exemplo, adiamento e verificação), originando reações desadaptativas ao *stress* (Macedo, 2012).

### **II.2.2.1 Intervenção psicomotora na POC**

Sendo a POC uma perturbação multifatorial, as dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais devem ser integradas na intervenção terapêutica desenvolvida (Bulut & Subasi, 2020). As alterações comportamentais e emocionais mais desadaptativas deverão ser conduzidas no sentido de transformar o pessimismo e negatividade em possibilidades de ação mais construtivas e produtivas (Röhrich et al., 2013).

Segundo Reddy et al. (2017) o processo de planeamento e intervenção na POC deve integrar diversos procedimentos fundamentais como a avaliação de comorbilidades associadas, mediante a realização da entrevista clínica e aplicação de escalas, a definição do plano terapêutico e os moldes da sua implementação, a psicoeducação direcionada ao utente e à sua família esclarecendo o funcionamento da perturbação, o curso da mesma, as possibilidades de tratamento e a sua duração. A discussão junto do utente acerca do seu plano terapêutico deve ser também equacionada, procurando esclarecer os efeitos e as potencialidades dos fármacos, bem como a complementaridade das restantes possibilidades terapêuticas (Reddy et al, 2017).

No estabelecimento da relação terapêutica, devem ser considerados os sentimentos de dúvida exacerbada, característicos da POC, devendo ser ponderadas estratégias como a necessidade de repetir informações ou providenciar mais tempo para o utente considerar as possibilidades existentes (APA, 2007).

Complementarmente à intervenção farmacológica, outras abordagens terapêuticas são também referenciadas pelo seu potencial terapêutico, como é o caso da terapia da aceitação e do compromisso, da terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, da terapia familiar bem como de programas de gestão do stress e da relaxação (Reddy et al., 2017). Considerando esta última possibilidade, a alternância entre diferentes estados tónicos e padrões de respiração, utilizada em diversos métodos de relaxação, aumenta a diversidade de movimentos de expressão corporal e de integração rítmica, a partir da vivência de experiências diversas e da exploração dos próprios ritmos internos (Röhrich et al., 2013).

De forma a facilitar o envolvimento terapêutico do utente, devem ser exploradas experiências corporais diversas (nomeadamente, situações de contenção ou percepção de limites corporais), integração rítmica e diferentes padrões de respiração, dando especial atenção às manifestações corporais de ansiedade, como a tensão muscular, aumento do ritmo cardíaco e a hiperventilação (Röhrich et al., 2013). Movimentos de contacto com o solo também devem ser explorados, ajudando o indivíduo a ligar-se mais eficazmente com o mundo, promovendo a consciencialização para o efeito de determinados pensamentos/experiências que provocam a ansiedade, conseguindo assim tolerar e suportar níveis de ansiedade mais intensos, sem se deixar tomar por eles (Röhrich et al., 2013).

Para além da terapia individual, a intervenção em grupo também se revela benéfica para esta perturbação, auxiliando na redução da sintomatologia obsessivo-compulsiva, devendo, por isso, ser integrada na intervenção dos serviços de saúde mental (Bulut & Subasi, 2020).

De um modo geral, as metas terapêuticas a alcançar para o tratamento da POC, devem integrar o dispêndio de menos de uma hora diária na elaboração de obsessões e realização de compulsões, a manifestação de um nível de ansiedade leve a moderado, relacionada com a POC e a mínima interferência da perturbação nas tarefas do quotidiano (APA, 2007).

### **II.2.3 Esquizofrenia**

A esquizofrenia compreende uma perturbação psiquiátrica heterogénea, que causa alterações no tratamento e integração da informação, levando o indivíduo a apresentar sintomas de distorção da realidade e dificuldades na distinção entre o real e o imaginário, que se podem manifestar de diversas formas (Favrod & Maire, 2014; Jara, 2007).

Devido à complexidade desta perturbação no que compreende a sua manifestação clínica e tendo em conta a provável multiplicidade de fatores que estão na sua origem, a

identificação dos fatores etiológicos e dos mecanismos fisiopatológicos decorrentes encontram-se dificultada (Afonso, 2014).

Desta forma, acredita-se numa provável etiologia multifatorial para esta perturbação psiquiátrica, considerando assim hipóteses genéticas, hipóteses associadas a fatores ambientais, a alterações nos neurotransmissores, questões inflamatórias ou alterações do neurodesenvolvimento (Afonso, 2014).

O quadro clínico da referida perturbação apresenta-se de forma diversificada, sendo que os sintomas envolvem aspetos relacionados com o pensamento (forma e conteúdo), à percepção, rendimento cognitivo, levando a dificuldades nas relações interpessoais e uma perda de contacto com a realidade, variando ao longo da evolução da doença (Afonso, 2014). No entanto, um dos aspetos clínicos mais relevantes desta perturbação, diz respeito à “dissociação”, que implica a perda de unidade de pensamento e alteração na personalidade do sujeito, levando à conseqüente perda da agentividade, pelo que as pessoas com esquizofrenia têm dificuldade em diferenciar as suas ações das dos outros (Afonso, 2014; Favrod & Maire, 2014).

Os critérios de diagnóstico para a esquizofrenia compreendem a presença de pelo menos dois ou mais sintomas de delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado ou catatónico e de sintomas negativos, sendo necessário a presença de pelo menos um dos três primeiros sintomas mencionados para o diagnóstico (APA, 2013).

Para além dos sintomas positivos, nomeadamente, ideias delirantes, alucinações, perturbações formais do pensamento e alterações do comportamento, associam-se também sintomas negativos como a alogia (marcada pobreza no conteúdo do pensamento), isolamento e empobrecimento social, abulia e apatia assim como embotamento afetivo (diminuição da expressão mímica, da resposta afetiva, movimentos espontâneos e evitamento do contacto ocular) (Afonso, 2014).

Alguns sintomas afetivos podem também surgir sob a forma de lentificação psicomotora, perda da espontaneidade dos movimentos e da redução generalizada da atividade voluntária, bem como sensação de cansaço, défice de energia e dificuldade em sentir prazer nas diversas atividades realizadas. De referir ainda que, a própria medicação antipsicótica pode dar origem a alguns dos referidos sintomas enquanto efeitos secundários, devendo considerar-se a presença de quadros depressivos em comorbilidade (Afonso, 2014).

A incapacidade provocada pela esquizofrenia, condiciona o desempenho académico, profissional, intelectual e social dos indivíduos, intensificando o sofrimento psíquico, devido à frustração, ao desapontamento e desilusão de, em muitos casos, não

ser possível voltar a ter desempenhos a nível intelectual, profissional e social como anteriormente, salientando-se, nestas circunstâncias, o risco de suicídio, aspeto clínico determinante no acompanhamento e tratamento das pessoas com esquizofrenia (Afonso, 2014).

Alterações no domínio cognitivo são também identificáveis nesta perturbação, ainda que não façam parte dos critérios de diagnóstico, mais concretamente, alterações no domínio do funcionamento executivo, memória verbal de vigilância e atenção, planeamento, velocidade psicomotora, cognição social e desempenho intelectual, no geral (Afonso, 2014; Favrod & Maire, 2014; Jara, 2007). Os défices cognitivos apresentados nos indivíduos com esquizofrenia revelam determinantes no seu funcionamento e desempenho psicossocial, sendo os sintomas mais impactantes os défices na fluência verbal, da aprendizagem e da memória verbal, da vigilância e da memória de trabalho (Afonso, 2014; Vieira, 2013).

Complementarmente à terapêutica farmacológica, devem ser exploradas terapêuticas psicossociais, no sentido de minimizar as dificuldades de comunicação e de relacionamento interpessoal, aumentando a motivação dos indivíduos, a sua capacidade de atuação e competências profissionais (Jara, 2007).

### **II.2.3.1 Intervenção psicomotora na esquizofrenia**

Na intervenção com indivíduos com esquizofrenia, para além da manutenção de uma boa condição física, a intervenção psicomotora deverá oferecer uma variedade de atividades de movimento para promover competências e organizar o comportamento, devendo para tal incluir programas de redução de stress, programas de ativação através do movimento e programas de terapia psicossocial, objetivando competências de autogestão, que auxiliem na redução do sofrimento psicológico e promovam o bem-estar subjetivo (Probst, 2017; Probst et al. 2010).

A referida perturbação caracteriza-se por uma perturbação na identidade, dissociação dos processos psíquicos, despersonalização, sintomas afetivos, como embotamento afetivo e paratimia, alterações no pensamento formal assim como perturbações psicomotoras, sendo ainda identificadas alterações na vivência corporal, como a perda da imagem corporal e dos limites do corpo (Röhrlich, 2014).

A reconstrução da identidade do indivíduo revela-se, deste modo, crucial no processo de intervenção, uma vez que só na presença de um *self* integrado e corporificado se torna possível o desenvolvimento pessoal e a capacidade de autogestão adequada e funcional (Röhrlich, 2014). Este processo de desintegração, suscita sentimentos de medo

existencial e de ambivalência no domínio do contacto social e, especialmente, no contacto físico, levando ao evitamento de contextos sociais e à manutenção de um esquema corporal dissociado, sem referências vivenciais (Röhricht, 2014). No sentido de melhorar a integração e consciencialização dos limites corporais, deverá explorar-se exercícios de consciencialização corporal e de “grounding”, dinâmicas de exploração conjunta, promovendo a exploração de possibilidades de ação com intencionalidade expressiva e comunicativa e, progressivamente, a autonomia, providenciando o suporte necessário à reestruturação do Eu e ao fortalecimento dos processos autorreferenciais para uma vida social adequada e segura (Röhricht, 2014).

Segundo Scheewe et al. (2019), a intervenção psicomotora na referida perturbação, pode diferenciar-se consoante a fase em que o utente se encontra, ou seja, a fase aguda, na qual estão presentes sintomas psicóticos ou a fase de recuperação, na qual a sintomatologia psicótica se encontra em remissão. Deste modo, as necessidades do indivíduo, as suas preferências e oportunidades, assim como a intensidade da sintomatologia apresentada, devem ser primeiramente avaliadas, em contexto individual, a fim de iniciar o estabelecimento da relação terapêutica e determinar qual o modelo de intervenção que mais se adequa, sendo que uma experiência em grupo, num período mais crítico, se poderá revelar demasiado exigente e geradora de ansiedade (Scheewe et al., 2019).

No sentido de facilitar a integração dos utentes nas sessões, deve permitir-se a identificação dos utentes com objetivos traçados para o grupo, experienciando processos de cooperação, compromisso e confrontação, assim como a vivência de atividades de movimento enquanto possibilidades de minimizar a sintomatologia positiva (Probst et al., 2010).

Numa fase aguda, os principais objetivos da intervenção devem passar pela estabilização do utente, auxiliando na redução da sintomatologia psicótica, do stress, melhorar a regulação emocional, promover a atenção no momento presente, minimizar o sedentarismo e aumentar os níveis de atividade física, ajudando a lidar com experiências e alterações nas perceções corporais (Scheewe et al., 2019). Durante esta fase, o terapeuta deve adotar uma postura calma, compreensiva e transparente, assumindo uma comunicação clara e acessível, promovendo a interação e a orientação do indivíduo para a realidade (Sequeira & Carvalho, 2016). A previsibilidade do contexto deve ser assegurada, nesta fase, assim como o controlo de estímulos distráteis, procurando provocar alterações nos sistemas metabólicos e nas respostas do sistema nervoso

autónomo, que podem reduzir o stress e a ansiedade, ou modificar qualitativamente o comportamento motor, a expressão facial e a própria postura (Scheewe et al., 2019).

Durante a fase de recuperação, a intervenção psicomotora surge, geralmente, integrada num plano de uma abordagem multidisciplinar, focado na promoção da capacidade de adaptação e autogestão, em áreas de funcionamento motor, intelectual e capacidade de percepção, bem como na promoção da qualidade de vida, da participação social e funcionamento na vida diária (Scheewe et al., 2019). O principal objetivo da intervenção nesta fase, passa por apoiar o indivíduo a compreender a carga direta e indireta associada à perturbação, envolvendo-o de forma ativa no processo de recuperação, promovendo a resiliência e a diminuição do risco de recaída (Scheewe et al., 2019).

Através do corpo, local de experiência perceptiva e afetiva, o indivíduo conseguirá contactar-se com a realidade e com o mundo, sendo através de vivências corporais que emerge a possibilidade de resolver conflitos internos ou vivências traumáticas que condicionam a sua conexão com o mundo (Röhricht, 2014).

### **II.3 Intervenção psicomotora em contexto de internamento**

Durante um estado agudo de uma perturbação psiquiátrica, os indivíduos podem vivenciar alterações significativas na experiência corporal e no comportamento, sendo o internamento uma alternativa que visa a estabilização das manifestações agudas da psicopatologia, garantindo a sua segurança (Kamp et al., 2019).

A desorganização do movimento é comumente observada nos estados psiquiátricos agudos e pode relacionar-se com alterações na autoconsciência, na percepção, na ação, na intersubjetividade e no funcionamento cognitivo, podendo ser difícil manter a concentração, ainda que por um curto período de tempo, observando-se a fragmentação das ações, dificuldade em reconhecer objetos, o não reconhecimento do perigo e a ação de forma concordante (Fuchs & Röhricht, 2017; Kamp et al., 2019).

A intervenção psicomotora neste âmbito, envolve a observação cuidadosa e a avaliação do comportamento, do padrão de movimento e as experiências corporais do utente, no sentido de recolher informações sobre o seu funcionamento emocional, cognitivo e comportamental e assim facultar atividades adequadas às necessidades e capacidades dos utentes, fomentando a segurança, atuando nos fatores de risco associados à adoção de comportamentos agressivos ou violentos, prevenindo ou reduzindo a sua ocorrência e severidade (Kamp et al., 2019). O foco da intervenção direciona-se para a regulação do stress, tensão e ansiedade, diminuindo o tédio associado ao contexto de internamento,

providenciando um local seguro para a manifestação da frustração, ao mesmo tempo que possibilita a “fuga” momentânea, à agitação inerente à ala psiquiátrica (Haveman, 2017, como citado em Kamp et al., 2019; Kay et al., 2016).

A intervenção multidisciplinar neste contexto revela-se determinante, sendo aconselhado que o psicomotricista questione informações acerca do estado do paciente, no sentido de ponderar e discutir a sua intervenção com a restante equipa, partilhando também o seu parecer com base nas observações acerca do funcionamento do utente, nos domínios da sintomatologia psiquiátrica e do comportamento (Kamp et al., 2019).

Alguns dos objetivos a curto prazo associados à terapia psicomotora no contexto de internamento, relacionam-se com a possibilidade de regular os níveis de energia, redução do stress, melhorar a orientação para a realidade, desenvolver sentimentos de competência motora e promoção da consciência corporal, bem como o fortalecimento do autocontrolo, sentimento de competência, autoconfiança, através da participação e vivência de situações prazerosas (Firth et al., 2016; Kay et al., 2016).

O terapeuta necessita de ser flexível e de se manter em contacto com os utentes, incitando a adoção de uma atitude o mais autónoma possível, conseguindo, porém, assumir uma postura mais diretiva e estabelecer limites, sempre que se revelar necessário, por uma questão de segurança, assegurando o fornecimento de estrutura e suporte, organizadores do caos (Kamp et al., 2019).

### **II.3.1 Experiência de intervenção em contexto de internamento do CHMT**

Ao longo do estágio, a experiência de intervenção no referido contexto caracterizou-se pela presença de um grupo aberto, sendo que a gestão da participação era feita com base na motivação dos utentes e nas indicações da equipa clínica responsável pela monitorização clínica dos mesmos. As sessões realizaram-se todos os dias da semana, sempre à mesma hora, com a duração de aproximadamente 50 minutos, à exceção do período de interrupção motivado pela ocorrência do surto de COVID-19, que forçou a alteração dos moldes de funcionamento da valência, tal como descrito anteriormente.

Os principais objetivos da intervenção psicomotora neste contexto, direcionaram-se para a regulação dos níveis de stress, tensão e ansiedade, tal como defendido pelos autores supracitados, fatores que são muitas vezes intensificados pelo próprio contexto de internamento, motivando alterações comportamentais desadaptativas, que dificultam o envolvimento terapêutico e o funcionamento neste contexto.

Neste sentido, procurou-se explorar atividades de relaxação no sentido de regular os níveis de energia e permitir a redução dos níveis de stress, fomentando o autocontrolo

e capacidade de autorregulação, assim como dinâmicas de movimento e consciencialização corporal para melhorar a consciência dos limites corporais e promover a orientação para a realidade. Ao longo da intervenção, a valorização do envolvimento do utente e dos seus desejos, o reforço positivo constante e a participação conjunta, procuraram desenvolver sentimentos de competência e autoconfiança tal como defendido por Firth et al. (2016) e Kay et al. (2016).

De salientar ainda que, o facto de se intervir maioritariamente em grupo, permitiu desenvolver competências de comunicação e de relacionamento interpessoal, auxiliando no desenvolvimento de relações saudáveis e promotoras de um ambiente adequado à recuperação dos utentes. Tal como defende Probst (2017), através da intervenção grupal trabalham-se também a iniciativa, a sugestão, a capacidade de reflexão, a partilha de experiências e sentimentos, bem como a capacidade de escuta ativa.

### **III Realização da Prática Profissional**

No presente capítulo será abordado o processo de implementação da prática psicomotora na equipa do Serviço de Psiquiatria do CHMT, procurando-se descrever as diferentes etapas do estágio, nomeadamente a fase de integração, observação e intervenção, assim como a calendarização das atividades de estágio e o seu horário. Neste segmento do relatório, irá descrever-se a participação da estagiária na dinâmica da equipa, discriminando os casos intervencionados individualmente e em grupo. No sentido de ilustrar a forma de atuação e o raciocínio clínico utilizado, serão também apresentados dois estudos de caso, com a respetiva história pessoal e clínica, o processo de avaliação, o perfil intra-individual, fatores de risco e de proteção, hipóteses explicativas, os objetivos e o projeto terapêutico, bem como uma nota reflexiva acerca do seu percurso na intervenção. Por último, serão ainda apresentadas as limitações e dificuldades identificadas, as atividades complementares de formação na qual a estagiária se envolveu, bem como uma reflexão pessoal acerca da experiência de estágio.

#### **III.1 A integração na equipa do Serviço de Psiquiatria**

No primeiro contacto com o Serviço de Psiquiatria do CHMT, a estagiária foi levada a conhecer os espaços físicos do referido serviço, tendo sido apresentada à equipa e delineado, juntamente com a orientadora local, a fase de integração bem como o horário de intervenção.

Numa fase inicial, o estágio pautou-se pela integração da estagiária na equipa do Serviço de Psiquiatria, marcada essencialmente, por um período de observação

participada nas diversas atividades dinamizadas pelos diferentes elementos da equipa, nomeadamente, sessões de psicoeducação, dinâmicas no âmbito da reabilitação psicossocial, sessões realizadas em espaços da comunidade, sessões de psicodrama e de estimulação cognitiva.

Este período inicial de observação, relevou-se determinante para a integração da estagiária na dinâmica do serviço, tanto na valência de Hospital de Dia, como na de Internamento, permitindo a contemplação de modelos de comunicação e intervenção dos diferentes membros da equipa, favorecendo ainda um primeiro contacto essencial para o estabelecimento da relação terapêutica, com os utentes a intervir.

Após um período inicial de observação participada, iniciou-se a intervenção autónoma, primeiramente em grupo, tanto nas valências de Hospital de Dia como de Internamento e só depois a intervenção individual, com início em dezembro.

### **III.1.1 Cronograma e horário das atividades de estágio**

O presente estágio teve início a 12 de outubro de 2020 e término a 16 de julho de 2021, tal como abaixo representado na tabela 1. De referir que, durante este período, ocorreram interrupções no Natal (de 21 a 30 de dezembro) e Páscoa (de 2 abril a 6 de abril).

Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio

<b>Início</b>	<b>Avaliações iniciais</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Avaliações finais</b>	<b>Término</b>
outubro de 2020	janeiro	novembro - julho	junho - julho	julho de 2021

O horário de estágio, abaixo esquematizado (tabela 2), demarcou-se por um total de 21 horas semanais, sendo 12 dedicadas a intervenção, divididas pelas sessões individuais, grupos terapêuticos em contexto de Hospital de Dia e sessões no Internamento. As restantes horas destinaram-se aos registos de sessão, assim como a reuniões de equipa, momentos de reflexão com a orientadora local e reuniões de núcleo de estágio.

Os momentos entre intervenções, eram otimizados na consulta dos processos dos utentes acompanhados, no planeamento de sessões, na consulta de recursos de informação disponíveis, nomeadamente na biblioteca do serviço, pesquisa de bibliografia orientadora da prática psicomotora no presente contexto e, ocasionalmente, na observação de primeiras consultas ou sessões de integração de utentes.

Tabela 2 - Horário de estágio

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9-10h			Reunião de Equipa Internamento	Caso C.	Caso M.F.
10-12h	Hospital de Dia		Hospital de Dia	Hospital de Dia	
12-14h				Reunião de Equipa HD	
14-15.30h	Internamento	Reuniões de Núcleo de Estágio	Internamento	Internamento	Internamento
15.30-16.30h	Registos		Registos	Registos	Registos
16.30-17.30h		(quinzenalmente)			

## III.2 Procedimentos Metodológicos

As atividades realizadas em contexto de estágio caracterizam-se essencialmente por processos de avaliação psicomotora, a consequente elaboração do perfil intra-individual, a elaboração dos objetivos terapêuticos e respetivos planos de intervenção, descritos de forma mais detalhada no ponto 4, com a descrição dos estudos de caso.

A referida elaboração de planos de intervenção psicomotora, procede de momentos de avaliação, tanto formal como informal, para a qual se utilizam diversos instrumentos, procurando sempre ter em conta os próprios interesses do utente e as suas motivações. Seguidamente, serão apresentados os procedimentos referentes à avaliação, caracterizando brevemente os instrumentos de avaliação utilizados, assim como a intervenção realizada.

### III.2.1 Avaliação e Observação

O modelo de intervenção da Psicomotricidade em Psiquiatria deve integrar momentos iniciais destinados à avaliação, nos quais se procura recolher informação referente a aspetos psicomotores, ao esquema e imagem corporal do indivíduo, bem como às formas de comunicação verbal e não verbal que este utiliza, recorrendo para tal à utilização de instrumentos e escalas de caracterização, adequadas ao perfil psicopatológico e à sintomatologia psicossomática do utente (Maximiano, 2004).

Deste modo, o processo de avaliação psicomotora deve suportar-se na observação do comportamento do utente em contexto clínico e na aplicação de questionários ou escalas de avaliação que permitam perceber aspetos da experiência corporal do utente (Emck e Scheffers, 2019), sendo que os instrumentos utilizados se encontram descritos na secção seguinte.

Na terapia psicomotora, a observação revela-se uma importante fonte de informação, que nem sempre pode ser obtida mediante a aplicação de escalas ou grelhas de avaliação (Probst, 2017).

Segundo Fonseca (2010), para além da capacidade de concretização ou de rendimento que o indivíduo apresenta, a observação psicomotora visa analisar aspetos mais psíquicos do movimento como a capacidade de representação, a elaboração, a integração, a programação e a verificação da atividade. Neste sentido, através do corpo em movimento procurar-se-á analisar as características objetivas da própria ação, mas, essencialmente, competências que auxiliam na preparação, planificação e regulação da intencionalidade, aspeto fulcral de qualquer atividade psíquica superior (Fonseca, 2010).

De referir ainda que, num primeiro contacto com os utentes, a observação dos indícios não-verbais da comunicação, nomeadamente, dos gestos, da postura, das expressões faciais, do sorriso, o olhar, do silêncio, aparência física, roupa e adornos, assim como do toque, constituem dimensões de comunicação determinantes para a compreensão e validação da linguagem verbal utilizada (Sequeira, 2016). Ainda que esta análise tenha de ter em conta as características individuais da pessoa, o contexto no qual ocorre a observação e a situação em que esta se encontra, revela-se determinante para completar a informação obtida através da comunicação verbal (Sequeira, 2016).

### **III.2.2 Instrumentos de avaliação**

A avaliação dos estudos de caso, no âmbito da psicomotricidade, integrou quatro momentos, nomeadamente, uma breve entrevista, o preenchimento de uma escala de sintomas, a aplicação de alguns itens da bateria psicomotora, na qual se integra o desenho do corpo, que será alvo de uma análise mais detalhada, bem como a avaliação consciente das tensões corporais. No sentido de complementar a avaliação com dados qualitativos provenientes da observação psicomotora, foi também utilizada uma escala de observação do comportamento.

Os instrumentos utilizados nos diferentes momentos de avaliação serão caracterizados de seguida, sendo que a sua escolha resultou da análise das

especificidades de cada caso, procurando traçar um perfil intra-individual completo que reflita as potencialidades e fragilidades dos utentes.

### **III.2.3 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1983)**

O STAI (STAI Forma Y-1 e Forma Y-2), forma adaptada e validada para a população portuguesa por Silva e Correia (s/d), da versão originalmente desenvolvida por Spielberger em 1983.

O referido instrumento diz respeito a um questionário de autoavaliação, composto por duas escalas, que visa quantificar aspetos específicos de ansiedade, que podem estar presentes em diversas situações quotidianas. As duas escalas que compõem o questionário são a STAI-Y1 e STAI-Y2, cada uma composta por 20 itens ordenados, cuja resposta é dada através de uma escala de *Likert*. A primeira escala, a STAI-Y1, corresponde à ansiedade-estado, sendo que o indivíduo é instruído a escolher a opção que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos, no preciso momento, devendo ser administrada previamente à STAI-Y2, que, por sua vez, diz respeito à ansiedade-traço, para o qual o sujeito tem que responder relativamente a como se sente geralmente, mediante avaliação da frequência dos seus sentimentos de ansiedade (Santos e Silva, 1997).

A resposta aos itens da escala é dada através de uma escala de *Likert*, de 1 a 4. As duas escalas têm opções de resposta ligeiramente distintas pelo que, para a escala STAI-Y1: 1-nada; 2-um pouco; 3-moderadamente; 4-muito. Por sua vez, para a escala STAI-Y2 as possibilidades de resposta são: 1-quase nunca; 2-algumas vezes; 3-frequentemente; 4-quase sempre. De salientar que, em ambas as escalas, se deve proceder à inversão de respostas de alguns itens, uma vez que se encontram formulados na negativa. Assim, para a escala STAI-Y1 devem ser invertidas as pontuações dos itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 (i.e. o valor 1 passa a 4; valor 2 a 3; valor 3 a 2; e valor 4 a 1). Por sua vez, para a escala STAI-Y2 deve proceder-se à inversão das pontuações dos itens 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39 (Spielberger, 2010; Zsido et al., 2020).

O somatório de cada um dos itens, para cada escala separadamente, dá origem à pontuação total, sendo que os valores variam entre 20 e 80. Para calcular um valor global de ansiedade, através do STAI, deverá proceder-se ao somatório dos valores de ambas as escalas, assim, os valores globais de ansiedade variam entre 40 e 160, sendo que valores mais elevados correspondem a níveis de ansiedade mais elevado.

### III.2.4 Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) de Degoratis (1993)

A SCL-90-R compreende um instrumento multidimensional de autopreenchimento, que permite identificar padrões de sintomas presentes, criado em 1993, por Leonard Degoratis.

O referido instrumento é constituído por 90 itens referentes a queixas somáticas, presentes na última semana, sendo que a sua frequência pode ser quantificada através de uma escala de Likert que varia entre: 1-nunca, 2-poucas vezes, 3-às vezes, 4-muitas vezes e 5-sempre ou quase sempre (Casullo & Pérez, 2008; Fabião et al., 2010).

A SCL-90-R avalia 9 dimensões a partir de sintomas primários de: somatização, obsessivo-compulsivos, de ideação paranóide, de ansiedade, de depressão, de hostilidade, de sensibilidade interpessoal, de ansiedade fóbica e de psicoticismo (Fabião et al., 2010). De forma sucinta, as 9 dimensões de sintomas que influenciam a cotação e interpretação da escala caracterizam-se por (Casullo & Pérez, 2008; Fuentealba & Bravo, 2008):

- **Somatização** - Dimensão que avalia a presença de sofrimento relacionado com a autoperceção de disfunções corporais, como por exemplo, alterações cardiovasculares, gastrointestinais e respiratórias, dores de cabeça, dores musculares e outras manifestações somáticas de ansiedade.
- **Obsessões compulsões** – Inclui sintomas relacionados com a perturbação obsessivo compulsiva, nomeadamente, pensamentos, ações e impulsos percecionados como indesejados, involuntários, egodistónicos e difíceis de evitar.
- **Sensibilidade interpessoal** – Esta dimensão pretende identificar a presença de sentimentos de inferioridade e inadequação pessoal, especialmente, quando a pessoa se equipara aos demais, assim como autodepreciação, incómodo e expectativas negativas acerca das interações interpessoais.
- **Depressão** - Os itens da respetiva dimensão reportam-se a uma amostra representativa das principais manifestações clínicas de uma perturbação depressiva, nomeadamente, estado de humor disfórico, falta de motivação e energia vital, sentimentos de desesperança, perda de interesses nas atividades habituais, ideação suicida bem como outros sintomas somáticos e cognitivos associados à perturbação depressiva.
- **Ansiedade** – Dimensão que procura identificar a presença de sinais gerais de ansiedade elevada tais como nervosismo, tensão, medo e ataques de pânico.

- **Hostilidade** – Esta dimensão refere-se a pensamentos e ações características de um estado afetivo negativo, como a raiva ou ira, pelo que inclui itens referentes à expressão de agressividade, irritabilidade, raiva e ressentimento.
- **Ansiedade fóbica** - Refere-se a uma resposta persistente de medo, sendo a mesma irracional e desproporcional em relação ao estímulo que a provoca, acabando por desencadear comportamentos de evitamento.
- **Ideação paranoide** - Representa essencialmente distorções cognitivas típicas do comportamento paranoide essencialmente referente a alterações de pensamento projetivo, suspeita, grandiosidade, delírios, centralidade e medo de perda de autonomia.
- **Psicotismo** - Esta dimensão relaciona-se com a presença de sintomas relacionados a estados de solidão, estilo de vida esquizoide, alucinações e controlo do pensamento.

Terminado o preenchimento da escala, obtêm-se 3 índices globais de sofrimento geral, nomeadamente, o índice global de sintomas, o índice de sintomas positivos e o total de sintomas positivos. O índice global de sintomas reflete o nível atual da severidade de mal-estar, o segundo índice indica o total de respostas positivas (i.e. qualquer resposta maior que 0) e o último índice relaciona-se com o estilo de resposta, permitindo perceber a tendência do respondente a exagerar ou minimizar os seus sintomas (Casullo & Pérez, 2008).

A referida escala é de fácil administração, não requerendo mais do que 15 minutos e pode ser aplicada a pessoas com idades compreendidas entre os 13 e os 65 anos, que não apresentem limitações no funcionamento cognitivo, ideias delirantes ou sintomatologia psicótica (Casullo & Pérez, 2008).

A SCL-90-R apresenta validade documentada em vários estudos, sendo referenciada por alguns autores como uma medida geral de mal-estar psicológico assim como um índice de psicopatologia (Bufka et al., 2002), apresentando bons níveis de consistência interna nas várias dimensões para a população portuguesa (Almeida, 2006).

A integração desta escala de sintomas no processo de avaliação possibilita a compreensão da incidência da sintomatologia mais significativa, permitindo posteriormente, quantificar as mudanças e melhorias alcançadas (Novais, 2004).

### **III.2.5 Ficha do Esquema de Tensões**

A Ficha do Esquema de Tensões compreende um instrumento de avaliação qualitativo, no qual estão representadas duas imagens do corpo (tanto de uma perspetiva

anterior como posterior), encontrando-se no seu interior tracejados que representam os diversos grupos musculares. O referido instrumento é da autoria de Martins (s.d.).

No que compreende a aplicação desta ficha, solicita-se ao utente que consciencialize a tensão existente nas diferentes partes do corpo, sugerindo-se a possibilidade de este se sentar confortavelmente. Terminado o processo de mapeamento e análise corporal, pede-se ao utente que represente as tensões musculares percecionadas no desenho do corpo, mediante a utilização de 3 cores: a vermelho as zonas com muita tensão, a amarelo as zonas de tensão média e a verde as zonas de pouca ou nenhuma tensão.

A administração deste instrumento permite reconhecer a capacidade de o indivíduo pensar sobre o seu corpo, consciencializando zonas de tensão muscular, permitindo também avaliar a capacidade de relaxamento muscular, a partir da comparação entre o momento de avaliação pré e pós intervenção psicomotora.

### **III.2.6 Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (2010)**

A BPM compreende um instrumento de observação psicoeducacional e de avaliação dinâmica, desenvolvida por Vítor da Fonseca, que integra diversas situações ou tarefas, permitindo determinar o perfil psicomotor, auxiliando, por isso, a traçar o perfil intra-individual do utente (Fonseca, 2010).

Este instrumento integra uma série de dinâmicas distribuídas por sete fatores psicomotores, subdivididos, por sua vez, em vários subfactores nomeadamente: tonicidade – que, inclui os itens: extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinesias e sincinesias); equilíbrio (que é constituída pelos subfactores: imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico); lateralização; noção do corpo (que integra: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo); estruturação espaciotemporal (fator dividido em: organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica); praxia global (fator que avalia a coordenação oculopodal e oculomanual, dismetria e dissociação); e praxia fina (que se divide em: coordenação dinâmica manual, tamborilar e tarefas de velocidade-precisão). De forma complementar e considerando o seu impacto no perfil psicomotor obtido, a BPM permite ainda recolher informação referente ao aspeto somático, aos desvios posturais, ao controlo respiratório e ao nível de fatigabilidade (Fonseca, 2010).

A cotação do referido instrumento é quantificada da seguinte forma: 1 ponto – Apraxia – quando se identifica ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada do ato motor, identificando-se disfunções óbvias, que

remetem para a presença de dificuldades de aprendizagem significativas; 2 pontos – Dispraxia – corresponde a uma realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes, salientando-se dificuldades ligeiras correspondentes a dificuldades de aprendizagem; 3 pontos – Eupraxia – demarcada por uma realização completa, adequada e controlada, com disfunções indiscerníveis, não se identificando dificuldades de aprendizagem; 4 pontos – Hiperpraxia – caracteriza-se por uma realização perfeita, precisa, económica e com facilidade de controlo - excelente objetivando facilidade de aprendizagem (Fonseca, 2010).

A BPM não tem como objetivo avaliar o resultado da proficiência motora, mas sim, a qualidade dos processos psíquicos que possibilitam a integração, planificação, elaboração, regulação e execução (Fonseca, 2010).

Ainda que este instrumento de avaliação seja destinado a crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos de idade, a sua aplicação revelou-se pertinente, auxiliando na análise das competências psicomotoras do perfil intra-individual e na estruturação dos objetivos do plano terapêutico dos utentes acompanhados.

### **III.2.7 Grelha de Observação do Comportamento (GOC)**

No sentido de orientar a observação realizada no decorrer do presente estágio, foi utilizada a Grelha de Observação do Comportamento, desenvolvida pelo Professor Doutor Rui Martins e pela Professora Doutora Celeste Simões, responsáveis pela coordenação dos núcleos de estágios da FMH, em conjunto com alguns alunos do núcleo de estágio em Saúde Mental, sendo que apesar de não estar validada para nenhuma população, nem publicada, contribuiu para a avaliação informal dos casos acompanhados.

Assim, a referida grelha corresponde a um instrumento de referência a critério que para além de organizar a observação do psicomotricista, auxilia no registo dos comportamentos, em contexto de sessão, permitindo ainda a monitorização do processo terapêutico.

De um modo geral, a GOC compreende um instrumento adaptado para a população adulta com diagnóstico de perturbação psiquiátrica, tendo como objetivo a organização da observação dos comportamentos em contexto de sessão, sob três domínios, nomeadamente, Comportamento e Desempenho; Relação e Componentes Psicomotoras.

No que compreende a cotação da referida grelha, utiliza-se uma escala de *Likert* referente à frequência do comportamento mediante a utilização de quatro níveis: 1- nunca/quase nunca; 2- poucas vezes; 3- muitas vezes; 4- sempre/quase sempre), com a possibilidade de atribuir observações de cariz qualitativo em cada um dos itens.

### **III.3 Análise global dos casos acompanhados**

No sentido de caracterizar, de forma sucinta, todos os utentes que beneficiaram de intervenção psicomotora, seguem-se as tabelas 3 e 4, que discriminam os diferentes casos acompanhados nos grupos de Hospital de Dia, integrando fatores individuais como a idade, o género, o diagnóstico clínico e os principais objetivos da intervenção psicomotora. No sentido de agilizar a organização da informação nas referidas tabelas, procurou-se agrupar os utentes que partilhavam características clínicas e alguns objetivos de intervenção. No anexo A, encontra-se uma versão alargada da referida tabela, onde se discrimina as habilitações literárias de cada utente, a sua situação profissional, os objetivos de integração em Hospital de Dia e, em determinados casos, se menciona o término da sua participação na referida valência e o motivo da alta. De referir que as informações apresentadas são provenientes da consulta dos processos clínicos dos utentes.

No total, foram acompanhados 19 utentes na valência de Hospital de Dia, com idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos. Das psicopatologias apresentadas, destacam-se as perturbações no âmbito do espetro da esquizofrenia (8 utentes), a perturbação depressiva (4 utentes), a perturbação bipolar (3 utentes), perturbações da personalidade (2 utentes), a perturbação obsessivo-compulsiva (1 utente) e a condição de luto patológico (1 utente). Dos 19 utentes acompanhados, 7 tiveram alta clínica no sentido de integrarem projetos na comunidade, nomeadamente, programas de formação profissional, projetos de voluntariado, ingressar em instituições sociais da área da saúde mental, ou para iniciarem/retomarem a sua atividade laboral. De referir ainda que, à data do término do estágio, estavam a ser preparadas as altas de outros dois utentes, com o objetivo de preparar o seu reingresso no ensino superior. Ainda que os utentes apresentem alta da valência de Hospital de Dia, mantém seguimento em ambulatório para monitorização da terapêutica.

De salientar que os grupos do Hospital de Dia são abertos, pelo que a sua constituição foi sendo alterada ao longo do tempo, mediante a necessidade de alta clínica ou de integração de novos utentes. Ainda que se procurasse manter uma certa estabilidade e continuidade nos diferentes grupos terapêuticos, a organização dos grupos foi sendo discutida no sentido de dar resposta às necessidades emergentes no serviço. Tendo em conta a dinâmica da referida valência de intervenção, a avaliação dos utentes foi realizada por intermédio da aplicação da GOC, procurando considerar também as indicações terapêuticas referidas nas propostas elaboradas pelo médico psiquiatra responsável pelo pedido de encaminhamento do utente.

Face à heterogeneidade verificada entre os utentes acompanhados, reuniram-se os principais objetivos comuns da intervenção psicomotora, tendo em conta as características do perfil de funcionamento por si partilhadas, inerentes ao quadro clínico. Neste sentido, a tabela 3 integra os utentes com diagnóstico no âmbito da Esquizofrenia, cujos domínios de intervenção se direcionaram no sentido da promoção de algumas competências do domínio cognitivo, socioemocional e de funcionamento psicomotor, bem como de relacionamento interpessoal, da promoção da qualidade de vida, da participação social e funcionamento na vida diária (Scheewe et al., 2019).

Tabela 3 - Caracterização dos utentes acompanhados em contexto de grupo

<b>Caso</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Objetivos comuns da intervenção psicomotora</b>
<b>CF</b>	masculino	33 anos	Perturbação de Esquizofrenia.	<b>Competências cognitivas:</b> -Melhorar as funções executivas (flexibilidade cognitiva, atenção memória de curto e longo prazo, planeamento); -Promover a iniciativa/sugestão de dinâmicas; -Aumentar a capacidade de autorreflexão; -Desenvolver a criatividade.
<b>DL</b>	masculino	30 anos	Perturbação delirante. Ansiedade social em comorbilidade.	<b>Competências socioemocionais:</b>
<b>JL</b>	masculino	55 anos	Esquizofrenia Paranoide. Acompanhado em Serviço de Psiquiatria desde a adolescência.	-Melhorar as competências sociais; -Incentivar a resiliência perante adversidades; -Aumentar a tolerância à frustração;
<b>PC</b>	masculino	32 anos	Esquizofrenia Paranoide.	-Promover a capacidade de tomada de decisão;
<b>JS</b>	masculino	56 anos	Perturbação delirante. Ideação psicótica paranoide.	-Melhorar e promover a comunicação verbal e não verbal;
<b>AS</b>	feminino	55 anos	Perturbação Esquizoafetiva.	-Promover a capacidade de cooperação.
<b>IG</b>	feminino	26 anos	Psicose Esquizoafetiva tipo Paranoide.	

<b>AC</b>	feminino	27 anos	Síndrome esquizofreniforme com atividade alucinatória auditiva, associado a dificuldades intelectuais e desenvolvimentais.  Antecedentes de epilepsia.	<b>Competências psicomotoras:</b>  -Promover a capacidade de aceder à passividade; -Melhorar a integração e consciencialização dos limites corporais; -Promover a estruturação espaço-temporal; -Diminuir a lentificação psicomotora.
-----------	----------	---------	--	--

Por sua vez, a tabela 4 integra a caracterização dos utentes acompanhados em contexto de grupo, cuja sintomatologia mais expressiva se relaciona com alterações do humor.

Tabela 4 - Caracterização dos utentes acompanhados em contexto de grupo (continuação)

<b>Caso</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Objetivos comuns da intervenção psicomotora</b>
<b>RR</b>	feminino	62 anos	Perturbação Afetiva Bipolar.	<b>Domínio cognitivo:</b>  -Melhorar as funções executivas (atenção, memória, planeamento, flexibilidade cognitiva, controlo inibitório); -Melhorar a capacidade de resolução de problemas; -Aumentar a iniciativa/sugestão de dinâmicas; -Aumentar a criatividade; -Promover a tomada de decisão.
<b>PC</b>	masculino	58 anos	Perturbação Depressiva, com episódios de ideação suicida, associados a uma Perturbação da Personalidade (elevado neuroticismo e disfuncionalidade associada).  Perturbação de abuso de substâncias. Sintomatologia ansiosa.	<b>Domínio socio emocionais:</b>  -Promover competências de relacionamento interpessoal; -Aumentar a tolerância à frustração; -Aumentar a capacidade de regulação emocional; -Aumentar a motivação; -Melhorar a capacidade de lidar o stress; -Aumentar a autoestima; -Diminuir a impulsividade.
<b>CL</b>	feminino	24 anos	Perturbação Personalidade, com episódios depressivos e comportamentos autolesivos.  Perturbação de ansiedade de separação.	<b>Domínio psicomotor:</b>
<b>AN</b>	masculino	62 anos	Perturbação depressiva.  Episódios de epilepsia em comorbilidade.	
<b>SA</b>	feminino	57 anos	Luto patológico (episódio depressivo grave), com anorexia em comorbilidade e ideação suicida.  Antecedentes depressivos prévios.	

<b>MA</b>	feminino	23 anos	Doença Afetiva bipolar, com episódios psicóticos, associada a dificuldades intelectuais e desenvolvimentais.	-Melhorar a capacidade de identificar estados de tensão; -Promover o acesso à passividade;
<b>AR</b>	masculino	44 anos	Perturbação Bipolar.	-Melhorar a capacidade de controlar a respiração; -Aumentar a consciência dos limites do esquema corporal;
<b>PL</b>	masculino	51 anos	Perturbação depressiva recorrente.  Acompanhado em Serviço de Psiquiatria há cerca de 20 anos, tendo vários internamentos nos últimos anos.	-Melhorar a imagem corporal; -Aumentar a expressividade corporal; -Melhorar o controlo postural.
<b>AA</b>	feminino	21 anos	Perturbação da personalidade.  3 internamentos no serviço por quadro depressivo com ideação suicida.	

### **III.4 Análise dos Estudos de Casos**

No sentido de ilustrar a intervenção psicomotora individual realizada no Serviço de Psiquiatria do CHMT, segue-se uma análise mais pormenorizada dos casos acompanhados individualmente, que integra a sua caracterização anamnésica, o processo de encaminhamento para a intervenção psicomotora, resultados provenientes do processo de avaliação inicial e final, o perfil intra-individual, fatores de risco e de proteção, hipóteses explicativas, os objetivos e o projeto terapêutico delineados, bem como uma síntese reflexiva acerca da evolução terapêutica percebida.

De referir que a informação referente à história clínica, pessoal e familiar dos indivíduos provém da consulta dos seus processos clínicos, bem como dos relatos dos próprios em contexto de entrevista.

#### **III.4.1 Estudo de Caso I: M.F.**

##### **III.4.1.1 Encaminhamento e dados de diagnóstico iniciais**

Inicialmente, M.F. revelava alguma resistência na adesão ao seu plano terapêutico, identificando-se alguma relutância à participação, limitando a sua frequência na valência de Hospital de Dia a uma vez por semana. A sintomatologia obsessivo-compulsiva, revelava-se bastante impactante no seu quotidiano, dificultando a disponibilidade para o envolvimento terapêutico mais efetivo. Com o acompanhamento regular em intervenção de grupo, foi possível identificar, progressivamente, maior motivação na adesão ao plano terapêutico e valorização do mesmo, permitindo desenvolver a disponibilidade para

equacionar o acréscimo da intervenção individual em psicomotricidade, como algo benéfico e promotor do seu processo terapêutico.

A psicoeducação realizada pela equipa, permitiu esclarecer M.F. acerca do enquadramento do seu diagnóstico e fomentar a confiança necessária para a partilha de expectativas terapêuticas. Neste sentido, foi possível reconhecer na psicomotricidade, potencial de intervenção terapêutico para a sintomatologia apresentada pela utente, que culminava num perfil de funcionamento rígido e hipercontrolado.

Assim, foi possível dar início ao acompanhamento individual nesta área de intervenção, adicionando mais um dia de frequência ao serviço.

#### **III.4.1.2 Caracterização anamnésica**

O presente estudo de caso, diz respeito a, M.F., utente do género feminino, com 61 anos de idade, que se encontrava, à data de realização do presente estágio, de baixa médica. M.F. vive com a sua filha mais nova, com formação e experiência profissional na área da restauração. Tem também uma filha mais velha que já não integra o seu agregado familiar, sendo que desta filha, a utente tem quatro netos, mantendo uma relação próxima destes. De referir que M.F. identifica as suas filhas como elementos protetores na sua vida, denotando também cuidado para com os netos.

Aos 14 anos, M.F. presenciou a perda da sua mãe, vítima de atropelamento, situação que sente que nunca ultrapassou, utilizando até hoje a sua aliança. Em virtude deste acontecimento, foi estudar para um Colégio Interno de cariz religioso, tendo completado o 7.º ano complementar no curso de Germânicas. Deste período, M.F. afirma que guarda recordações muito significativas e considera que, alguns dos traços de personalidade que atualmente possui, possam ter sido moldados por este regime mais rígido e rigoroso no qual cresceu.

Após terminar o seu percurso escolar, M.F. ingressou no mercado de trabalho tendo laborado como guia turística e depois como rececionista num hotel durante alguns anos.

M.F. foi casada, sendo que o seu companheiro mantinha um consumo abusivo de álcool, tendo iniciado tratamentos de reabilitação, porém, sem sucesso. Há cerca de 20 anos, a utente acabou por se divorciar, tendo ficado com as duas filhas, fruto desse relacionamento.

Fez um curso de esteticista, chegando a ter um centro de estética, que acabou por perder. Após esta experiência laboral, M.F. fez um curso de Geriatria e trabalhou como auxiliar num lar, durante 5 anos, desde que este abriu, denotando grande entrega

profissional e carinho pelos utentes que acompanhou. A ocorrência de um incidente no lar onde trabalhava é identificada por M.F. como sendo o fator desencadeante do seu quadro clínico mais atual, dizendo que a fez lembrar e reavivar o acidente da sua mãe.

Em virtude do ocorrido no local de trabalho, surgiram conflitos subsequentes com a patroa, identificando-se também por essa data, sintomatologia obsessivo-compulsiva com grande disfuncionalidade associada.

Relativamente à sua história clínica, M.F. manteve um seguimento fugaz anterior em Psiquiatria com história depressiva grave e arrastada (ocorrência de um episódio depressivo *major* e eventual depressão pós-parto), sem nunca ter estado verdadeiramente bem controlada, mantendo uma postura ambígua quanto ao seu seguimento nesta especialidade médica, tendo faltado a consultas.

M.F. iniciou seguimento em consulta externa de Psiquiatria no CHMT em agosto de 2018, por quadro depressivo *major* com ideação suicida, aparentemente desencadeado pelo referido incidente no local de trabalho e conflitos subsequentes com a patroa, sendo que a identificação dos sinais clínicos obsessivo-compulsivos, neste período, seriam sobretudo caracterizados por obsessões de simetria e rituais de organização/arrumação, egossintónicos, para os quais apresentava insight bastante diminuído.

Atualmente, M.F. tem diagnóstico de Perturbação Obsessivo Compulsiva com sintomatologia depressiva moderada em comorbilidade, sendo que a sua personalidade anancástica se demarca pela presença de pensamentos e episódios obsessivos relacionados com arrumação e simetria, bem como algumas compulsões (rituais compulsivos de limpeza, verificação e ordenação), associadas a ideias de superstição de que alguém morra. Inicialmente, M.F. manteve um perfil mais ansioso/obsessivo que deprimido, com fraca adesão ao plano farmacológico. Ainda no domínio da sua história clínica, há a salientar hipotireoidismo subclínico, bem como o recente diagnóstico de diabetes, associados a mecanismos de coping maladaptativos

De referir que, M.F. afirma que sempre foi perfeccionista, com muita atenção à ordem e simetria das coisas principalmente depois de perder a sua mãe, pois achava que se fizesse as coisas bem, a deixaria orgulhosa. A ocorrência do incidente no seu contexto laboral, veio intensificar estes sintomas, originando grande impacto no seu dia-a-dia.

No que compreende a sua história familiar atual, é de salientar que a sua filha mais nova possui Perturbação do Stress Pós-Traumático (decorrente de um episódio de ameaça por parte de um tio toxicod dependente, irmão de M.F.) e um dos seus netos apresenta Perturbação do Espetro do Autismo (síndrome de Asperger), o que leva a sua filha a associar os rituais que M.F. apresenta, ao quadro diagnóstico do seu filho.

O seu pai encontra-se atualmente mais fragilizado e dependente, devido à idade avançada que possui, sendo que M.F. mantém por ele grande admiração.

O ingresso da utente em contexto de Hospital de Dia teve início a 24 de agosto de 2020 tendo como principais objetivos assegurar adesão à terapêutica, a reorganização de rotinas, o esclarecimento do diagnóstico, o treino de competências sociais bem como a reinserção no mercado laboral ou reintegração social e o retorno de um nível funcional mais adequado.

De referir que, apesar de se ter sugerido uma maior frequência à valência de Hospital de Dia, M.F. apenas aceitou integrar o referido contexto uma vez por semana, negando maior assiduidade por falta de transportes, salientando também algum transtorno associado à logística de se deslocar ao hospital (em grande parte, devido aos rituais associados à sua preparação para sair de casa). Após o período de integração e adaptação ao funcionamento do Hospital de Dia, M.F. voltou a ser abordada relativamente ao facto de integrar mais dias, tendo partilhado que ainda não se sentia preparada para tal.

O plano terapêutico de M.F. para seguimento em Hospital de Dia, integrava intervenção farmacológica, acompanhamento psicoterapêutico individual, seguimento em ambulatório/consulta externa bem como sessões individuais e de grupo em Psicomotricidade.

### **III.4.1.3 Avaliação inicial**

Revela-se importante salientar que, apesar do acompanhamento individual em psicomotricidade apenas ter iniciado em janeiro de 2021, a utente já frequentava sessão de grupo na mesma área de intervenção desde outubro, pelo que o estabelecimento da relação terapêutica já havia sido iniciado nesse período.

Neste sentido, importa referir que as observações mais iniciais decorreram em contexto de sessão de grupo.

#### **Observação informal inicial**

Num primeiro contacto com M.F., foi notória a adoção de uma postura mais defensiva e um pouco rígida (e.g. pouco descritiva na sua apresentação, dizendo apenas o seu nome, evidenciando uma postura pouco descontraída). M.F. transpareceu ainda alguma necessidade de controlo no sentido de perceber as dinâmicas a realizar e alcançar o perfeccionismo na sua execução (e.g. partilhou verbalmente que tem de estar muito atenta no momento da instrução, pois precisa de saber o que é para fazer no sentido de conseguir corresponder de forma adequada), revelando também alguma intolerância à

dúvida (e.g. em dinâmicas menos estruturadas, manifesta algum desconforto e inquietação).

Perante uma disposição de objetos/materiais que considera desorganizadora, M.F. tende a dirigir-se na sua direção no sentido de os organizar (e.g. alinhamento da embalagem de desinfetante ou dos lápis de cor antes de iniciar uma tarefa de expressão gráfica, bem como organização de bastões coloridos dispostos aleatoriamente para uma atividade). Ao concretizar muitos dos rituais percebidos em contexto de sessão, M.F. verbaliza o que a está a incomodar no sentido de justificar a adoção do comportamento compulsivo.

Após algumas oportunidades de contacto em contexto terapêutico, foi sendo evidente maior abertura (e.g. mais partilhas e interações espontâneas), denotando-se a adoção de uma postura mais retraída com a entrada de um novo elemento no grupo, porém mantendo sempre um comportamento socialmente adequado.

Ainda em contexto de sessão de grupo, a utente já tinha demonstrado alguma resistência na elaboração do desenho do seu corpo, acabando por remeter a sua representação para o plano simbólico/imaginário (M.F. representou uma fada, referindo admiração pelos conteúdos de fantasia, encarando-os como libertadores). Perante a mesma solicitação, agora em contexto de avaliação inicial, no âmbito da intervenção psicomotora de cariz individual, a utente revelou algum nervosismo, utilizando apenas uma cor para não desencadear compulsões de organização dos lápis. Ainda assim, a utente procurou perceber se poderia representar como gostaria de ser ou remeter a sua representação novamente para o plano simbólico/imaginário. M.F. acaba por se desenhar num espelho, chegando apenas a realizar o esboço de um rosto, verbalizando que neste apenas conseguia ver rugas e cabelos desgrehados. A utente acabou por não conseguir terminar a sua representação, podendo salientar-se do seu desenho a pobreza significativa de pormenores anatómicos, resultando na representação de um corpo desintegrado e fragmentado.

Nesta fase inicial de intervenção, a imagem corporal da utente surgia acompanhada de uma dimensão projetiva e de idealização simbólica, que dificultavam a representação objetiva do próprio corpo. Desta forma, perante a proposta de atividades direcionadas para o foco e representação do próprio corpo, surgia a tentativa de fuga e evitamento.

A figura 2 diz respeito à representação do desenho do corpo de M.F., em contexto de sessão de grupo, realizada em novembro de 2020. Por sua vez, a figura 3 diz respeito à representação do desenho do corpo realizada por M.F., na intervenção individual, no decorrer do processo de avaliação inicial, em janeiro de 2021.

Figura 2 - Desenho do corpo M.F. (sessão de grupo)



Figura 3 - Desenho do corpo M.F. (avaliação inicial)



### GOC

Na tabela 5, encontram-se reunidos alguns dos aspetos mais significativos referentes ao comportamento de M.F., que serão alvo de uma análise mais detalhada. De referir que alguns dos itens da BPM, também foram aplicados no sentido de reunir informação necessária para completar a GOC e traçar o perfil intra-individual.

Tabela 5 - Resultados GOC

Domínio	Comportamento observado
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante, porém, um pouco ansiosa no sentido de conseguir corresponder ao solicitado Adesão voluntária e concretização até ao final Comportamentos sociais adequados Postura mais defensiva e inibida num primeiro contacto
Relação	Socialmente adequada Cordial e afável com a terapeuta Inibição na partilha espontânea (e.g. opinião, apresentar sugestões, exemplos do quotidiano) Pouco à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos Pouca iniciativa para estabelecer relação
Componentes psicomotoras	Perfil hipertónico

---

Dificuldades na capacidade de relaxação passiva dos membros e das suas extremidades distais

Dificuldade na coordenação dos membros superiores e inferiores

Dificuldade na dissociação de movimentos

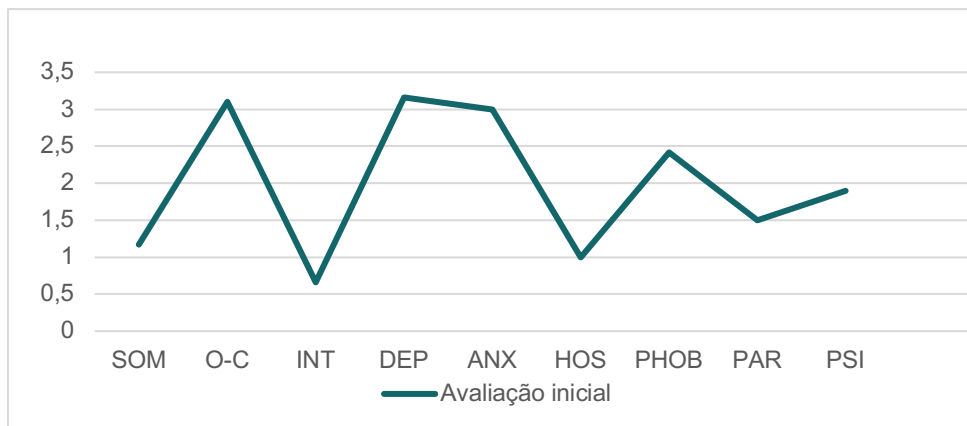
Desenho do corpo difuso e inacabado

---

## SCL-90-R

A aplicação da escala de sintomas decorreu na sessão do dia 22/01/2021, apresentando-se de seguida na figura 4 uma síntese dos resultados obtidos. De referir que durante o preenchimento da escala a utente se manteve tranquila e colaborante, respondendo prontamente a todos os itens.

Figura 4 - Perfil clínico inicial SCL-90-R



De entre as 9 dimensões de sintomas, as que se encontram dentro dos valores normativos para a população portuguesa são a somatização, sensibilidade interpessoal e a hostilidade.

Entre os valores considerados patológicos encontram-se as dimensões de obsessões compulsões, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, psicotismo e ideação paranóide, sendo este último, com valor coincidente com o limite inferior para a valorização clínica. O índice geral de sintomas teve o valor de 2.09.

## Esquema de tensões

No que compreende o preenchimento através da coloração do referido instrumento de avaliação, foi possível identificar como áreas de tensão elevada, preenchidas por isso a vermelho, a zona lombar e região do esterno, sendo que esta última se encontra associada

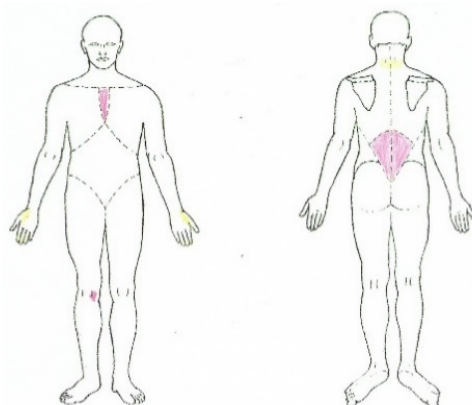
a uma sensação de aperto que M.F. menciona sentir às vezes. Também o joelho direito se encontra assinalado a vermelho, correspondendo ao local no qual a utente identifica uma lesão no menisco.

A amarelo encontram-se representadas a zona do pescoço e as mãos, mais especificamente a zona do polegar e extremidades dos dedos (que M.F. justifica mencionando alterações no canal cárpico).

A verde M.F. afirma que estão as restantes zonas do corpo, ou seja, com pouca ou nenhuma tensão, negando a necessidade de colorir todo o desenho.

Na figura 5 encontra-se o preenchimento realizado pela utente.

Figura 5 - Resultados Esquema de Tensões M.F. (avaliação inicial)



#### III.4.1.4 Perfil Intra-individual

Tendo em conta os resultados provenientes da avaliação formal e das observações informais realizadas, estabeleceu-se um perfil intra-individual que integra áreas fortes e de vulnerabilidade a desenvolver nos diferentes domínios de funcionamento do indivíduo, que se encontram representados na tabela 6.

Tabela 6 - Perfil intra-individual

Domínio	Áreas fortes	Áreas de vulnerabilidade
Socioemocional	Empenho nas dinâmicas Envolvimento terapêutico	Relacionamento interpessoal Ansiedade de desempenho Intolerância à dúvida
Cognitivo	Atenção Planeamento Compreensão Comunicação verbal	Flexibilidade cognitiva Controlo inibitório Elevada racionalização Capacidade de mentalização

	Memória de trabalho e a longo prazo	
Psicomotor	Lateralidade definida Controlo postural adequado Sentido cinestésico Reconhecimento drt <sup>a</sup> -esd <sup>a</sup> Organização espacial Planeamento motor e micromotor	Regulação tónica Descontração voluntária e percepção dos estados tónicos Esquema e imagem corporal Representação gráfica do corpo Coordenação de movimentos Imitação e dissociação de gestos /movimentos

### III.4.1.5 Fatores de risco e de proteção

Revela-se determinante o domínio de alguns conceitos para compreender os processos presentes na emergência do risco de desenvolver uma condição psicopatológica, nomeadamente, os fatores de risco e de proteção. Consideram-se fatores de risco características individuais, condição situacional e/ou fatores contextuais que aumentam a probabilidade de desenvolver determinada condição patológica. Por sua vez, fatores de proteção integram determinantes que inibem, reduzem ou atenuam a probabilidade de determinada condição disfuncional ou patológica (Melo & Moreira, 2005).

Na tabela 7, encontram-se os principais fatores de risco e de proteção identificados no contexto de vida da utente.

Tabela 7 - Fatores de Risco e Proteção

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Perda abrupta da figura de vinculação	Coesão do núcleo familiar
Integração em colégio religioso interno	Relação de proximidade com o pai
Vivência conjugal conflituosa	Acesso a recursos de expressão artística no domicílio
Acolhimento de irmão toxicodependente em casa	Residência em zona rural, com proximidade a recursos naturais
Filha com Perturbação do Stress Pós-Traumático	
Situação financeira frágil	
Neto com Síndrome de Asperger	
Contexto pandémico	

### **III.4.1.6 Hipóteses explicativas**

A etiologia exata da POC não está exatamente identificada sabendo-se que pode estar na sua base uma perturbação num ou mais sistemas químicos, podendo esta ser de origem hereditária, atuando como potenciadores, fatores stressores e de cariz psicológico (Bandeira & Cunha, 2007).

A vivência de situações traumáticas na infância, como sendo neste caso a perda precoce da figura materna, são situações que desencadeiam medo intenso ou perceção de falta de controlo, que podem estar associadas a um aumento do risco de desenvolver POC (APA, 2013; Maltez & Barandas, 2015, Nobre, 2019).

A perda abrupta de uma figura de vinculação é assumida pela criança com um significado pessoal relevante, alterando de forma imutável o constructo de família (Pires & Moreira, 2005). Destes episódios podem resultar perturbações precoces da vinculação, que afetam a construção da identidade pessoal e influenciam negativamente as representações mentais de si mesmo e dos outros, uma vez que as imagens parentais constituem um papel estruturante, atuando como figuras de suporte identificatório (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006).

A vivência de uma situação de luto traumático, particularmente na meia-infância, pode desencadear o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, perturbações do sono, hipervigilância, intensificação do alerta para o perigo e dificuldades de adaptação social, podendo estas crianças experienciar percursos mais vulneráveis na idade adulta, com possibilidade de desenvolver quadros depressivos (Cunha & Jara, 2007; Pires & Moreira, 2005; Wilkinson et al., 2005).

O desenvolvimento da POC pode estar relacionado com a contaminação da perceção pessoal do mundo, com base nas experiências de vinculação mais precoces, o que pode estar na origem da necessidade de adquirir controlo sobre o ambiente (Perestelo et al., 2017).

A perda afetiva sofrida e o conseqüente ingresso no colégio interno de cariz religioso, ambiente que valoriza o rigor e o perfeccionismo, pode ter influenciado o desenvolvimento de determinados traços de personalidade, nomeadamente, a valorização da perfeição que, em momentos precoces do desenvolvimento emocional, pode originar alterações na imagem corporal, elevada expectativa de um eu ideal, assim como a exacerbação da autocrítica e insatisfação (Strecht, 2020). A este contexto pode ainda associar-se uma limitação ou proibição excessiva do comportamento espontâneo, prezando-se o rigor e a disciplina, pelo que a infância de M.F. fica marcada pela carência

afetiva e repressão precoces, aspetos que podem estar na origem do desenvolvimento de traços de personalidade depressivos (Coimbra de Matos, 2012).

Tendo em conta as circunstâncias da morte da mãe da utente e o facto de esta ter presenciado o referido acontecimento, considera-se de especial interesse ponderar o conceito de responsabilidade, que se correlaciona com tendências obsessivo-compulsivas, tal como o perfeccionismo (Macedo, 2012).

A relação entre o perfeccionismo e a presença de perturbações psiquiátricas, nomeadamente da POC, já se encontra documentada há algumas décadas, sendo este considerado uma característica nuclear da referida perturbação, juntamente com a intolerância à incerteza (Macedo, 2012).

Sabe-se também que o desenvolvimento do perfeccionismo pode ter origem em fatores inerentes aos pais, fatores do contexto sociocultural do indivíduo, bem como fatores intrínsecos ao próprio, considerando-se de particular interesse, para o presente estudo de caso, salientar o estilo de vinculação/estilo parental e a vivência de experiências traumáticas precoces (Macedo, 2012). As características principais do perfeccionismo passam pelo estabelecimento de padrões elevados bem como a procura de excelência, que são geradas por uma exacerbada autocrítica com a atenção direcionada mais para os erros do que para as conquistas, resultando na intensificação do receio de falhar, podendo estar associados a processos cognitivos de nível superior (metacognições) envolvidos no controlo, modificação e interpretação do pensamento (Macedo, 2012).

A dificuldade que M.F. apresentava em lidar com a imperfeição pessoal e com situações ambíguas ou imprevisíveis, assim como a tendência para a desvalorização do seu desempenho, típicas da sintomatologia obsessivo-compulsiva, acabam por culminar numa tensão subjetiva, rigidez cognitiva e comportamental e, conseqüentemente, no desenvolvimento de alterações emocionais associadas a uma perceção de incontrolabilidade sobre acontecimentos negativos futuros e expectativas menos positivas (Macedo, 2012; Perestelo et al., 2017). Estes sentimentos de desvalorização, acabam por influenciar fatores como a autoestima, resultando na perceção de um sentimento de valor pessoal diminuído, que pode estimular a procura de perfeição (Macedo, 2012).

Por sua vez, entre as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas em comorbilidade com a POC, encontra-se a Perturbação Depressiva Major, que poderá intensificar a presença de ideias ruminativas associadas a ambos os quadros clínicos (Maltez & Barandas, 2015). Tendo em conta o historial clínico de M.F, salienta-se o registo de ocorrência de depressão pós-parto, sendo que a literatura aponta a gravidez, o

nascimento de um filho e a prestação de cuidados parentais como períodos críticos para o desenvolvimento de estados depressivos (Sadock & Sadock, 2007).

A vivência de uma relação conjugal conflituosa, pautada pela dependência e consumo abusivo de álcool, por parte do seu marido, também deve ser tida em conta, sendo que a ausência de uma relação íntima de confiança, é considerado um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de quadros depressivos, assim como a convivência de M.F. com o seu irmão toxicodependente, que chegou a integrar o seu agregado familiar e a desencadear conflitos neste contexto (Wilkinson, et al., 2005). Foi na sequência de um destes episódios conflituosos em contexto familiar, que a filha mais nova de M.F. se sentiu intimidada pelo tio, acabando por receber mais tarde o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático.

No âmbito familiar, foram identificados alguns fatores protetores nomeadamente a coesão familiar existente entre a utente e as suas filhas, elementos que a utente considera como protetores na sua vida, sendo que estas se demonstraram sempre apoiantes e envolvidas no seu processo terapêutico. Ainda no domínio relacional, a ligação que a utente mantém com o seu pai, também pode ser considerada como protetora.

Ainda no domínio familiar, revela-se importante mencionar que um dos netos de M.F. apresenta diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo, sendo vítima de *bullying* na escola, em parte devido ao facto de ter um discurso mais fantasiado, com dificuldade na interação social, situação que, inevitavelmente, carece de uma organização acrescida no que concerne a dinâmica e logística familiar (Hosseini & Molla, 2021).

Considerando fatores de ordem cognitiva, a literatura indica que uma capacidade intelectual mais elevada pode potenciar o desenvolvimento de obsessões mais elaboradas, dúvidas e preocupações mais complexas, podendo associar-se a dificuldade na elaboração de estratégias de resolução de problemas e à rigidez de pensamento, podendo culminar com a fixação em determinados pensamentos e comportamentos (Nobre, 2019). Também a capacidade de insight é mencionada como um fator crucial no prognóstico desta perturbação psiquiátrica, associando-se à competência para o próprio compreender a articulação entre as obsessões/compulsões e a ansiedade que geram (APA, 2013; Nobre, 2019).

Também a fragilidade do domínio socioeconómico deve ser considerada (Wilkinson, et al., 2005), uma vez que M.F. se encontrava, à data da intervenção, em situação prolongada de incapacidade temporária para a prática laboral, acabando por afetar a situação financeira do agregado familiar uma vez que, esta era a única fonte de rendimento familiar.

Finalmente, as alterações induzidas pelo contexto pandêmico revelam-se fatores preponderantes no agravamento da sintomatologia (no caso particular da utente, acentuando rituais de limpeza e crenças relacionadas com a morte), sendo que a literatura mais recente indica que indivíduos com POC se encontram particularmente em risco, nomeadamente, no agravamento dos sintomas durante o contexto pandêmico, com para consequências adversas na sua saúde mental (Storch et al., 2021). A intolerância à incerteza assim como o sentido acrescido de responsabilidade pelo próprio e pelo outro, características do contexto pandêmico e dos períodos de confinamento, em particular, potenciam o aumento da ambiguidade já percecionada por estes indivíduos (Ojalehto et al., 2021; Storch et al., 2021).

### III.4.1.7 Objetivos Terapêuticos

Seguidamente, serão apresentados na tabela 8 os objetivos terapêuticos delineados, nos domínios socioemocional, cognitivo e psicomotor.

Tabela 8 - Objetivos terapêuticos estabelecidos para M.F.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Verificação
<b>Domínio Socioemocional</b>		
Melhorar a adequabilidade na relação	-Diminuir o distanciamento interpessoal -Promover a aceitação do toque do outro.	GOC
Promover a capacidade de mentalização	-Melhorar a expressão verbal, corporal e/ou gráfica de sentimentos experienciados na sessão ou acontecimentos do quotidiano.	GOC
<b>Domínio Cognitivo</b>		
Promover as funções executivas	-Melhorar a flexibilidade cognitiva (lidar com incerteza/imprevisibilidade). -Melhorar o controlo inibitório (impulsos, obsessões e compulsões).	GOC e SCL-90
<b>Domínio Psicomotor</b>		
Promover a regulação tónica	-Identificar e reconhecer diferentes estados tónicos. -Melhorar a regulação dos estados tónicos.	GOC e Esquema de tensões
Melhorar a noção do corpo	-Melhorar a noção de esquema corporal. -Melhorar a capacidade de imitação de gestos (sequências, movimentos coordenados).	GOC e BPM

-Aumentar a percepção dos limites corporais.

-Melhorar a capacidade representativa gráfica do próprio corpo.

---

Melhorar a coordenação motora geral	-Melhorar a capacidade de coordenar os membros superiores e inferiores. -Melhorar a dissociação de movimentos.	GOC e BPM
-------------------------------------	---	-----------

---

#### **III.4.1.8 Projeto terapêutico**

Tendo em conta a reflexão feita com base nos resultados provenientes da avaliação inicial e considerando os objetivos terapêuticos traçados para a utente pela restante equipa do serviço, procurou traçar-se um plano de intervenção psicomotora, de periodicidade semanal, que auxiliasse na promoção das áreas de funcionamento menos fortes da utente.

Neste sentido, o processo de intervenção psicomotora integrou momentos de avaliação de cariz formal e informal no início e no fim da intervenção, momentos incluídos no período de intervenção terapêutica. Na tabela 9 encontram-se esquematizados os referidos momentos do processo de intervenção, bem como o número de sessões previstas e as que se concretizaram. De referir que, a utente justificou sempre as suas faltas, tendo o cuidado de avisar sempre que faltava à sessão.

Tabela 9 - Planificação cronológica da intervenção

---

<b>Avaliação inicial</b>	<b>Intervenção individual</b>	<b>Avaliação final</b>	<b>Nº de sessões previstas</b>	<b>Nº de sessões realizadas</b>
outubro- janeiro	janeiro-junho	junho	22	18

---

#### **III.4.1.9 Atividades e Estratégias de Intervenção**

O estabelecimento de uma relação terapêutica revela-se um ponto de partida crucial para o processo de intervenção, sendo que a formação desta relação no âmbito da intervenção psicomotora se sedimenta com base nas características individuais, tanto do utente como do terapeuta, nos métodos de trabalho usados, assim como nos materiais e atividades utilizadas para influenciar a interação e progressão do processo terapêutico (Heynen et al., 2017).

Existem evidências que comprovam que, pacientes com perturbação psiquiátrica que vivenciam uma aliança terapêutica positiva, experienciam redução da sintomatologia

depressiva numa fase mais precoce da intervenção, bem como uma diminuição da sintomatologia ansiosa numa fase posterior (Barber et al., 2000; Heynen et al., 2017).

De um modo geral, as diversas atividades propostas, no contexto terapêutico, visam a introdução de fatores envolvimentoais intencionais e modificáveis no sentido de providenciar vivências significativas e atividades promotoras da reflexão, tendo em vista a modificação comportamental (Emck & Scheffers, 2019). As atividades são planeadas tendo em conta a fase da intervenção, as preferências, a sintomatologia e problemática apresentada, assim como as capacidades que o utente possui (Emck & Scheffers, 2019).

Ainda que a expressão verbal possa ser difícil, em determinados casos, a atribuição da palavra em momentos mais reflexivos, permite repensar as sensações obtidas pelas vivências da sessão, levando à atribuição de significado e associação simbólica (Maximiano, 2004).

A utilização de técnicas provenientes de terapias expressivas, facilitam a autointerpretação e tradução simbólica representativa das vivências reais, utilizando formas alternativas à expressão verbal, levando à tomada de consciência progressiva dos conflitos intrapsíquicos promotores de mal-estar (Hayen et al., 2015; Maximiano, 2004).

Segundo Fahrenfort como citado em Emck e Scheffers (2019), a combinação de métodos promotores da consciencialização corporal, através do movimento, permitem direcionar a intervenção para questões mais relacionais (i.e. estabelecimento do contacto visual, expressão de emoções, assertividade, perceção dos limites do próprio e do outro), bem como questões relacionadas com a autoconfiança, a autovalorização e a independência, sendo aqui o foco direcionado para a progressiva adoção de uma postura mais confiante e independente de feedback externo, reduzindo o medo de falhar, com a aquisição de perceções mais reais da sua competência. O mesmo autor defende que a utilização de métodos de orientação corporal, tal como a relaxação e exercícios de respiração, visam desenvolver a regulação emocional e a experiencição de sensações corporais, de forma positiva, reduzindo a tensão corporal e promovendo a aceitação do próprio corpo.

Segundo Emck e Scheffers (2019), as intervenções orientadas para a experiência e para a ação, características da Psicomotricidade, visam suportar o desenvolvimento pessoal do utente, através da exploração de atividades que eliciam competências de funcionamento sensorial, motor, cognitivo e social. Tendo em conta as características do utente, o terapeuta poderá adotar um tipo de confrontação mais diretiva ou, por sua vez, uma abordagem não diretiva, no sentido de promover a consciencialização de experiências

subjetivas e ajudar a desenvolver uma melhor capacidade de *insight* para os conflitos inter e intrapsíquicos (Emck & Scheffers, 2019).

Tendo em conta o perfil de funcionamento da utente, a forma de abordagem escolhida pautou-se por ser do tipo não diretivo e a tipologia da sessão semi-estruturada, valorizando-se a iniciativa e a espontaneidade. Numa fase inicial da intervenção, a utilização de objetos enquanto mediadores da intervenção, revelou-se um aspeto crucial na exploração de atividades de consciencialização corporal e de relaxação.

As técnicas de relaxação utilizadas com o presente estudo de caso, tiveram como objetivo principal a diminuição da rigidez e tensão corporal, assim como a diminuição da sintomatologia ansiosa.

Tendo em conta o funcionamento cognitivo característico da POC, Shafran et al. (2010) defendem a necessidade de lidar com os vieses cognitivos, nomeadamente com o pensamento dicotómico e a atenção seletiva, com o objetivo de modificar o esquema de autoavaliação disfuncional e não diminuir os padrões pessoais, sendo que se deve incluir nos objetivos terapêuticos a modificação das crenças metacognitivas, isto é, promover a interrupção dos processos de pensamento repetitivos através da eliminação da perceção do valor funcional atribuído pelos pacientes (Macedo, 2012).

Sabe-se também que os indivíduos com POC parecem manifestar dificuldades em desenvolver comportamentos intencionais ou baseados num modelo de tarefa, predominando comportamentos habituais, que podem culminar em menor flexibilidade na adaptação ao contexto envolvente (Rodrigues et al. 2017), pelo que o se procurou intensificar a noção de intencionalidade nas vivências da sessão, integrando diferentes estímulos e formas de ação.

O desafio da intervenção psicomotora no presente estudo de caso, passou também por desafiar o perfeccionismo rígido centrado no desempenho, na necessidade de controlo e na intolerância à dúvida. Numa fase inicial da intervenção, a atuação em psicomotricidade centrou-se, essencialmente, na redução da hipertonicidade, da demarcada rigidez corporal e do hipercontrolo, que condicionava a espontaneidade e limitava a vivência de referências tónico-emocionais (Novais, 2004).

Com a redução tónica, procurou-se harmonizar a expressão corporal e assim providenciar uma verdadeira sensação de liberdade, estimular a aceitação e o processamento de emoções e sensações corporais, através da vivência de atividades significativas promotoras do *insight* e, conseqüentemente a alteração do comportamento (Novais, 2004).

### Sessão tipo

No que compreende a tipologia de sessão adotada nas intervenções individuais, integraram-se três momentos fundamentais, nomeadamente, o diálogo inicial, a parte fundamental e um diálogo final, enquanto momento reflexivo da sessão. O diálogo inicial compreende os minutos iniciais da sessão, nos quais se procurava perceber o estado atual do utente, a ocorrência de momentos significativos durante a semana e relembrar os principais acontecimentos da sessão anterior. Na parte fundamental, procurava-se explorar as atividades equacionadas consoante os objetivos terapêuticos do utente em causa, sendo estas dinâmicas de relaxação, consciencialização corporal, atividades expressivas ou atividades gnoso-práticas. Por sua vez, no momento final, apela-se a uma reflexão acerca das vivências em sessão, dando-se espaço para a partilha, quer pela palavra quer por meios mais simbólicos, como a representação gráfica.

#### III.4.1.10 Avaliação final e comparação dos resultados

As últimas sessões de intervenção foram dedicadas à avaliação final, tendo sido reaplicadas a GOC, a SCL-90-R e o esquema de tensões. No sentido de monitorizar a intervenção realizada e registar a dinâmica do processo terapêutico, foram sendo realizados, após cada sessão, registos clínicos de observação inseridos no sistema do Hospital, que permitiram assinalar os principais progressos identificados, descritos anteriormente.

### GOC

À semelhança do subcapítulo referente à avaliação inicial, as principais alterações identificadas na GOC encontram-se reunidas na tabela 10, sendo que para proceder ao seu preenchimento de forma mais completa, se revelou importante reaplicar alguns dos itens da BPM.

Tabela 8 - Resultados GOC (avaliação final)

Domínio	Comportamento observado
Comportamento e desempenho na sessão	Postura cooperante e menos ansiosa Maior iniciativa e capacidade de apresentar sugestões adequadas ao contexto Postura mais recetiva na interação
Relação	Maior abertura para a partilha espontânea (e.g. opinião, apresentar sugestões, exemplos do quotidiano) Maior iniciativa para estabelecer relação com os pares
Componentes psicomotoras	Mais disponível na capacidade de relaxação passiva dos membros e das suas extremidades distais

No domínio do comportamento e desempenho na sessão, a postura de M.F. apresentava-se mais cooperante e flexível, não estando tão focada no resultado final obtido, pelo que a ansiedade de desempenho se tornava menos evidente.

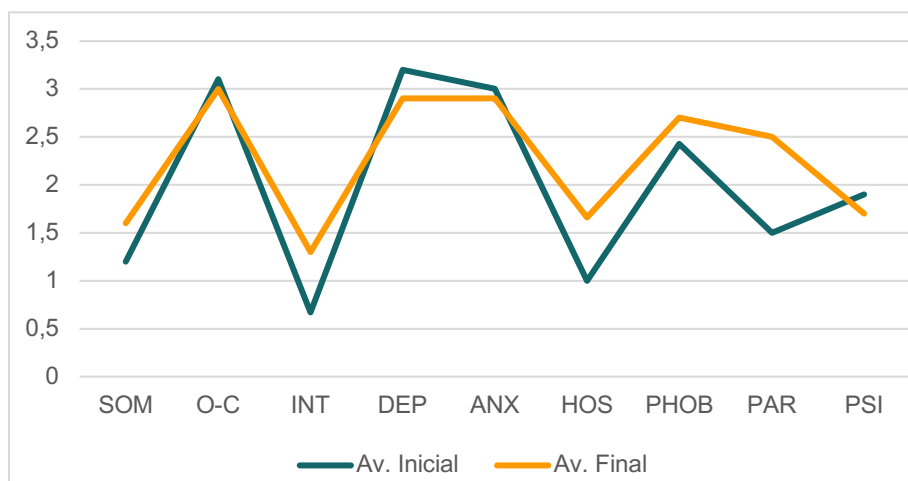
Ao nível da relação, M.F. apresentou progressos principalmente no envolvimento em contexto terapêutico, sendo notório maior iniciativa para apresentar propostas pertinentes e se voluntariar para iniciar as dinâmicas ou momentos de partilha/reflexão, mesmo envolvendo expressão de sentimentos, estando mais disponível para a relação com os pares.

No que compreende o domínio psicomotor, as melhorias centram-se acima de tudo ao nível da liberdade de movimentos, com ligeira diminuição do hipercontrolo, e, por isso, mais disponibilidade para aceder a estados de maior descontração neuromuscular.

### Comparação de resultados da SCL-90-R

A figura 6 permite observar as principais alterações nas diferentes dimensões de sintomas que integram a referida escala. As dimensões de sintomas nas quais foi possível assistir a uma diminuição da do seu índice foram: obsessão-compulsão (de 3.1 para 3), a depressão (de 3.16 para 2.92), a ansiedade (de 3 para 2.9) e o psicotismo (de 1.9 para 1.7). Por outro lado, salientam-se aspetos que sofreram um aumento de preocupação por parte do utente, nomeadamente, a somatização (de 1.17 para 1.66), a sensibilidade interpessoal (de 0,67 para 1,33), a hostilidade (de 1 para 1.66), a ansiedade-fóbica (de 2.43 para 2.7), a ideação paranoide (de 1.5 para 2.5), e o próprio índice geral de sintomas (de 2.09 para 2.28).

Figura 6 - Comparação avaliação inicial e final SCL-90-R



Procedendo a uma análise mais detalhada dos itens respondidos pode perceber-se que, em 16 dos itens, foi possível observar uma diminuição da cotação obtida, mais significativamente, nos itens: “Pensamentos ou palavras indesejáveis que não o largam” (de 4 para 2), “Ideia de que alguém consegue controlar os seus pensamentos” (de 4 para 2), “Ouvir vozes que os outros não ouvem” (de 2 para 0), “Tremores” (de 2 para 0), “Sentir formigueiro ou partes do corpo entorpecidas”, (de 3 para 1), “Ter pensamento que não são os seus” (de 4 para 2).

Por outro lado, pode assistir-se a um aumento da cotação de itens que inicialmente não foram alvo de preocupação significativa por parte da utente, mas que no momento da avaliação final, já foram considerados, nomeadamente, “Dores de Cabeça” (de 1 para 4), “Ficar facilmente ferido nos seus sentimentos” (de 3 para 1), “Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si” (de 3 para 1), “Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração” (de 0 para 3), “Sentir os braços e as pernas pesadas” (de 0 para 3), “Ter vontade de bater, injuriar ou prejudicar alguém” (de 0 para 3), “Ter ideias ou crenças que os outros não partilham” (de 0 para 3) e “Sentimentos de culpa” (de 0 para 2).

### **Comparação de resultados do esquema de tensões**

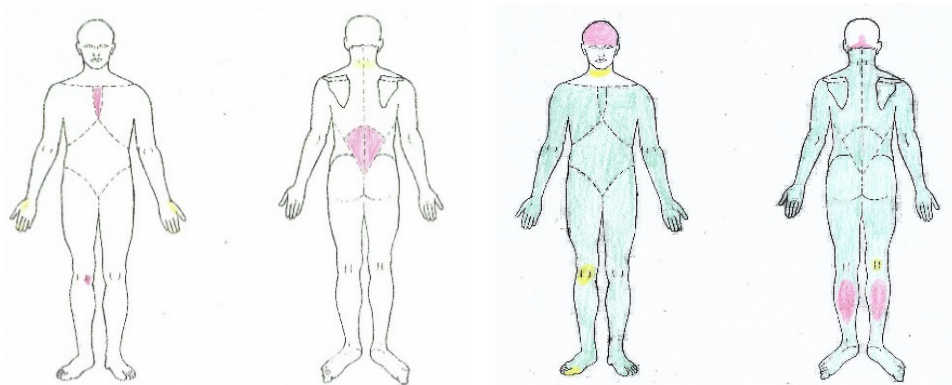
Da análise do preenchimento do referido esquema, pode identificar-se como zonas de tensão a zona frontal da cabeça e nuca, assim como a zona dos gêmeos. Sendo que a utente referiu que se encontrava com dor de cabeça e sentia as pernas mais cansadas, pois tinha estado a trabalhar no campo, no dia anterior.

O joelho direito e a garganta, foram identificadas enquanto zonas com tensão moderada, sendo que no resto do corpo a utente referiu que não sentia tensão significativa.

De um modo geral, pode depreender-se que a capacidade de se focar no seu próprio corpo aumentou, permitindo dedicar mais tempo ao processo de *scannig* corporal e à coloração de todo o corpo. Foi visível o aumento da disponibilidade para escutar as suas perceções internas, dispensando mais tempo na dinâmica, sem revelar desconforto aparente.

A figura 7 apresenta a comparação entre os esquemas de tensões preenchidos por M.F. no momento de avaliação inicial e final.

Figura 7 - Comparação resultados Esquema de Tensões (avaliação inicial e final)



### Desenho do próprio corpo

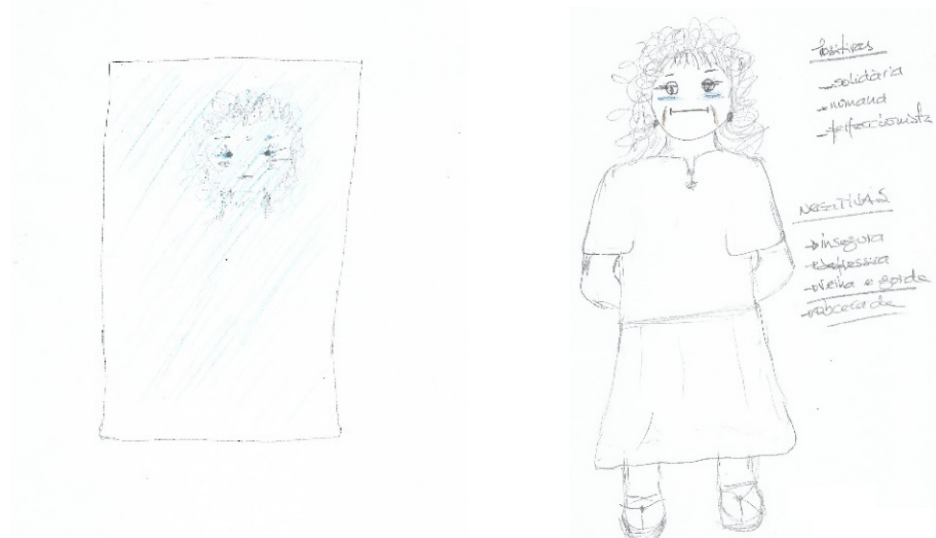
Comparativamente ao desenho realizado no momento de avaliação final, foi possível verificar que M.F. aderiu à dinâmica proposta, denotando receptividade e empenho no decorrer da mesma, permitindo a introdução de um momento mais reflexivo e introspectivo.

Deste modo, foi possível progredir, para a atribuição de três características positivas (“solidária”, “humana” e “perfeccionista”) e três características negativas (“insegura”, “defensiva”, “velha e gorda” e “obcecada”), situação que não tinha sido possível no momento da avaliação inicial.

Atentando na figura 8, podemos observar um desenho completo de um corpo que ocupa grande parte da folha, proporcional e mais rico em pormenores anatómicos.

Contrariamente ao desenho realizado na avaliação inicial, é possível reconhecer na representação uma figura feminina, com um corpo completo e integrado, coberto de vestes mais largas, vestuário que M.F. identifica como mais “confortável” (sic.).

Figura 8 - Comparação desenho do corpo avaliação inicial e final



#### **III.4.1.11 Reflexão acerca do percurso terapêutico**

Nos primeiros tempos de intervenção, M.F. adotava uma postura hipercontrolada e defensiva, demonstrando necessidade de saber quais os objetivos e critérios das dinâmicas, no sentido de conseguir corresponder ao solicitado. Deste modo, a manifestação da criatividade e da espontaneidade, apresentavam-se condicionadas pelo constante medo de errar e de “não estar à altura dos desafios”, salientando-se uma atitude pessimista face ao seu desempenho nas dinâmicas, com ansiedade de desempenho e o foco direcionado apenas para o resultado final.

Numa primeira fase da intervenção, foi crucial trabalhar a desconstrução desta forma de pensamento, apresentando-se a sessão como um espaço livre de julgamentos e de opressão, onde existia uma multiplicidade de caminhos a seguir, nos quais a terapeuta coparticipava e atuava enquanto facilitadora dessas vivências.

Neste sentido, o respeito pelo ritmo e tempo da utente revelou-se fundamental no decorrer do processo terapêutico, pois tal como defende Costa (2003), a ânsia de “curar”, pode levar à precipitação, pelo que o terapeuta deve adotar uma posição atenta, disponível e responsiva, procurando dar sentido ao instante e adequar a resposta ao momento, estruturando uma sequência temporal e lógica, ao mesmo tempo que procura dar corpo, respeitando a distância e atendendo às solicitações.

Tendo em conta a necessidade sistemática de controlar os fatores externos, a introdução de variáveis inesperadas, também foi gerida com algum cuidado no sentido de permitir a adaptação da utente e não despoletar uma situação de crise, uma vez que, na perturbação apresentada, o controlo tem uma direção externa e não interna, pelo que ao permitir o reencontro com o seu corpo, ao pensar sobre ele e simbolizá-lo num espaço securizante, tornou-se possível relativizar a ideia de perda de controlo (Novais, 2004).

O receio de falhar também foi sendo ultrapassado, direcionando-se o foco para a valorização da experiência em si e não para o desempenho na mesma, assistindo-se, progressivamente, a uma maior expressividade e espontaneidade na exploração das dinâmicas, assim como à emergência da iniciativa e da proatividade.

Ao aceitar a possibilidade de falhar, a tolerância em relação a si mesma e, conseqüentemente, em relação ao outro, a utente foi conseguindo relativizar a inevitável diferença entre o “eu real” e o “eu idealizado” (Strecht, 2020).

Só depois de se reencontrar um sentido mais libertador no espaço terapêutico e de quebrar algumas das referidas formas de defesa, é que se progrediu para adoção de uma postura menos diretiva por parte da terapeuta, sendo a responsividade da utente, progressivamente, mais autónoma e expressiva. O fornecimento de feedback verbal

encorajador, a demonstração e a participação conjunta, mantiveram-se constantes ao longo do processo, no sentido de fortificar a autoconfiança e o crescente envolvimento nas dinâmicas terapêuticas.

Direcionar o foco da sua atenção para o seu corpo, era algo que M.F. procurava contornar, registrando-se dificuldade na descontração voluntária e recusa em realizar dinâmicas de relaxação no colchão, relacionando-as com “derrota” e “desistência” (sic). A aceitação do seu corpo e imagem corporal, também se revelaram pontos sensíveis, sendo no início algo que M.F. tentava evitar, evidenciando alguns sinais de desconforto, tentando remeter as dinâmicas para um plano simbólico, evitando a necessidade de pensar sobre si própria.

Assim, durante o processo terapêutico, a valorização do corpo em movimento tornou-se uma variável constante, procurando-se apresentar a sessão como um espaço seguro e contendor, no qual se privilegiava a iniciativa e as sugestões voluntárias que, progressivamente, foram emergindo de forma mais espontânea.

Neste sentido, M.F. foi manifestando menor resistência para aceder a estados de descontração neuromuscular, revelando maior abertura e flexibilidade para se envolver nas dinâmicas exploradas, chegando a partilhar, no período de reflexão de uma delas que, “às vezes, também sabe bem delegar e entregar aos outros” (sic.), “não temos sempre de controlar tudo” (sic.).

Progressivamente, foi possível abandonar a postura inicial mais defensiva e distante, permitindo a emergência da espontaneidade e disponibilidade na relação com o outro, abrindo espaço para o autoconhecimento, para a entrega e para o prazer do envolvimento mais autêntico.

M.F. foi denotando um envolvimento crescente no processo terapêutico, trazendo em cada sessão, partilhas pertinentes acerca das suas vivências pessoais e encarando a sessão como uma oportunidade de explorar a via emocional e social, dando espaço para a compreensão dos conflitos intrapsíquicos conscientes (Probst & Vliet, 2005).

A capacidade de *insight* da utente, revelou-se facilitadora, permitindo desenvolver um trabalho frutífero, pautado pela continuidade entre as sessões, sendo possível, em cada sessão, rechamar aspetos relevantes de sessões anteriores, assim como testemunhar a partilha de situações do quotidiano que evidenciavam a extensão das componentes trabalhadas para fora do espaço terapêutico. As atividades propostas em sessão, permitiram explorar a capacidade reflexiva de M.F. e, deste modo, enquadrar as dinâmicas enquanto meios de descoberta, de experiência, expressão e reflexão acerca do seu funcionamento pessoal (Probst & Vliet, 2005).

Em contexto de grupo terapêutico, a utente inicialmente procurava manter algum distanciamento dos colegas e mantinha uma participação inibida, interagindo de forma breve e contida, apenas quando solicitada. O estabelecimento de contacto ocular era escasso e o evitamento do contacto físico significativo, pelo que alterações inesperadas na dinâmica do grupo, como sendo a entrada de um novo elemento, eram percecionadas como fatores stressores. Progressivamente, foi-se observando uma postura mais empática e disponível, no referido contexto, salientando-se a participação mais ativa nas sessões, com fornecimento de sugestões, intervenções espontâneas em momentos de reflexão, algumas delas direcionadas a colegas do grupo, assim como iniciativa para a participação na atividade, incitando a participação dos restantes elementos do grupo. A interação não verbal foi ficando mais expressiva, sendo notória a diminuição do distanciamento entre os colegas bem como o estabelecimento e a manutenção do contacto ocular.

Verificou-se também a intensificação da valorização e participação no grupo terapêutico, sendo que, num período de inexistência de sessões de grupo, devido às limitações impostas pela DGS no combate à pandemia, a utente manifestou sentir “saudades” (sic.) dos restantes elementos do grupo e da dinâmica com eles estabelecida.

Foi-se então revelando uma postura mais recetiva à experimentação, conseguindo mais facilmente arranjar estratégias alternativas, enquanto usufruía das atividades, revelando mais iniciativa e proatividade na resolução de problemas, denotando-se um crescente envolvimento terapêutico. A partilha espontânea de acontecimentos do seu quotidiano e da sua história de vida, acompanhada da verbalização de sentimentos e emoções, permitiam verificar progressos na capacidade de flexibilizar alguns pensamentos, geradores de stress e, conseqüentemente, geradores de mal-estar, assim como na capacidade associar a vivência de situações traumáticas, a formas de atuação menos adaptativas.

A iniciativa, a valorização da participação e o envolvimento mais ativos foram também verificados em aspetos significativos da vida pessoal da utente, sendo que M.F. assumiu uma postura mais incisiva na resolução da sua situação profissional, procurando resolver junto da entidade empregadora os conflitos anteriormente existentes, que precipitaram o agravamento da sintomatologia inerente ao seu quadro clínico. Neste seguimento, M.F. tomou a decisão de cessar com a sua atividade profissional, no contexto da geriatria, no sentido de se libertar de um contexto que, face às circunstâncias vivenciadas, se tornou ambivalente e desestabilizador. Esta atitude mais ativa e assertiva, permitiu terminar com o constante evitamento e passividade, face à resolução da sua situação profissional, abrindo espaço para que a utente se projetasse no futuro e

começasse a equacionar o envolvimento noutras áreas de formação profissional e em projetos de voluntariado.

Na dinâmica familiar, a utente partilhou também maior disponibilidade para auxiliar na prestação de cuidados dos netos, desafiando a sua tolerância e flexibilidade para a desorganização típica dos espaços de brincadeira das crianças, bem como para a imprevisibilidade a estas inerente.

Em suma, pode assumir-se que a capacidade de expressar sentimentos e emoções, num espaço terapêutico seguro e libertador, permitiu a consciencialização da intensidade emocional das pequenas coisas do quotidiano, potenciando, deste modo, a possibilidade de desfrutar da vida de uma forma mais interessante e adaptativa (Strecht, 2020).

### **III.4.2 Estudo de Caso II: C.**

#### **III.4.2.1 Encaminhamento e dados de diagnóstico iniciais**

O encaminhamento para intervenção individual em Psicomotricidade, teve início a 22 de dezembro de 2020, devido ao agravamento da lentificação psicomotora, com aumento significativo do tempo de latência na resposta motora e verbal e dificuldades crescentes em movimentos de praxia fina, com impacto significativo no seu dia-a-dia.

#### **III.4.2.2 Caracterização anamnésica**

O respetivo estudo de caso diz respeito a um indivíduo do género masculino, o C., com 55 anos, que vive com a sua esposa, aparentemente disponível e apoiante, e com os seus dois filhos, um rapaz de 19 anos e uma rapariga com 25 anos. Em relação aos seus filhos, C. partilha que se tem vindo a distanciar devido à evolução da sua patologia, nomeadamente, por sentir vergonha pela progressiva perda de autonomia percecionada.

C. possui o 12º ano de escolaridade e é administrativo no Serviço Militar, tendo iniciado período de baixa médica em março de 2020, por agravamento de quadro clínico, Perturbação Depressiva Major, resistente à medicação e com episódios recorrentes. De referir que C. não possui antecedentes de psicopatologia major até aos 50 anos, tendo sido acompanhado desde então em consulta privada de psiquiatria, o que limita o acesso a registos de seguimento prévio e dificulta a compreensão da evolução do seu quadro clínico.

Ao falar sobre a sua carreira profissional, C. refere gostar do que faz, porém mantém uma postura ambivalente no que diz respeito ao retorno ativo da mesma,

alternando desde março, entre períodos de baixa médica e férias, com renitência no regresso da sua atividade profissional.

De referir que a história clínica de C. se demarca ainda pela presença do recente diagnóstico de doença degenerativa dos gânglios da base, sem outra especificação, efetuado em janeiro de 2021, caracterizado por quadro aparente de parkinsonismo bradicinético-rígido, provavelmente associado a Doença de Parkinson (DP), porém sem exclusão de parkinsonismo atípico, devido à idade de início.

Na história familiar de C., existem antecedentes de suicídio, por ingestão de medicamentos voluntária, por parte de um primo materno, sendo que a mãe de C. faleceu aos 70 anos com diagnóstico de doença Alzheimer.

Como atividade de lazer significativa, C. refere a sua horta, na qual costumava passar algum tempo com a sua esposa, atividade em que tem vindo a desinvestir pelo agravamento dos seus sintomas, ficando mais tempo parado, sendo evidente uma diminuição do campo de interesses.

O acompanhamento no Serviço de Psiquiatria do CHMT teve início em agosto de 2020, sendo que o seu plano terapêutico inicial contemplava terapêutica farmacológica, acompanhamento psicoterapêutico (quinzenal) e intervenção psicomotora, em grupo e individualmente, bem como a integração nos grupos terapêuticos da “Família” e “Sociodrama”, frequentando a valência de Hospital de Dia, três vezes por semana. Tendo em conta o agravamento do seu quadro clínico, o utente iniciou acompanhamento simultâneo no serviço de Neurologia, pelo que diminuiu a frequência de permanência em contexto de Hospital de Dia, mantendo apenas neste, o acompanhamento em ambulatório e a intervenção psicomotora.

### **III.4.2.3 Avaliação inicial**

A avaliação inicial informal, teve início em outubro, aquando do começo da intervenção grupal, sendo que a intervenção individual apenas teve início em dezembro de 2020. Só neste último contexto de intervenção é que se iniciou o processo de avaliação mais formal, com a aplicação de escalas de avaliação.

#### **Observação informal inicial**

Num primeiro contacto, em contexto de sessão, foi possível identificar a presença de alguns aspetos clínicos mais evidentes, nomeadamente, um humor de tonalidade depressiva e ansiosa, algum embotamento afetivo e pensamento ruminante negativo acerca da sua condição clínica.

No que compreende a postura adotada, C. mantinha um contacto evitante, estabelecendo pouco contacto ocular, adotando uma postura mais passiva, sem motivação perceptível e com fraca expressividade, tanto facial como corporal, durante as sessões (e.g. adotava uma postura muito rígida e com ligeira anteflexão, mãos semicerradas e alguma agitação psicomotora, mais evidente em períodos de espera ou escuta ativa). Contudo, C. aderiu de forma voluntária às atividades propostas, revelando capacidade de manter a atenção durante a instrução, bem como de planejar a sua resposta antes da execução, realizando desempenhos adequados e com proficiência.

De referir que C. manifestava lentificação na resposta motora e verbal, mantendo um tempo de latência significativo entre o estímulo externo e a resposta realizada.

Ainda que não manifestasse motivação intrínseca evidente para estabelecer contacto social, C. demonstrava-se socialmente adequado, porém com fracas componentes de comunicação não-verbal, nomeadamente, postura inibida e pouco contacto ocular, fraca expressividade tanto verbal como corporal (e.g. volume de voz reduzido e discurso espontâneo num tom mais monocórdico, expressão verbal pouco coerente com o discurso, assim como, ausência de gestos como suporte à linguagem).

### **Desenho do próprio corpo**

A figura 9 diz respeito ao desenho do próprio corpo realizado por C., no qual se destaca fraco investimento na sua representação, podendo salientar-se a pequena dimensão, a pobreza ao nível dos pormenores anatómicos e uma expressão facial triste.

Ao iniciar a realização, C. partilhou não ter grande aptidão para o desenho, utilizando as palavras, “pensativo”, “nervoso” e “tristeza” para se descrever, acrescentando que no futuro gostaria de ser mais “positivo” e “alegre”.

Tendo em conta o fraco investimento de C. na sua representação, questionou-se a necessidade de adicionar algum elemento externo que ajudasse na sua caracterização, sendo que C. resolveu acrescentar a sua horta, mencionando ser algo em que investe algum tempo e que, de certa forma, o caracteriza.

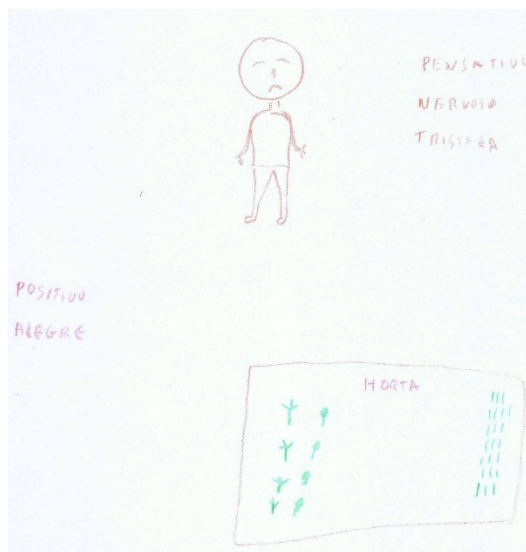


Figura 9 - Desenho do próprio corpo C. (avaliação inicial)

### Resultados GOC

Os aspetos mais significativos provenientes da aplicação da GOC, encontram-se sintetizados na tabela 11. De referir que a aplicação de alguns itens da BPM, permitiu reunir a informação necessária para completar a GOC e, posteriormente, traçar o perfil intra-individual.

Tabela 9 - Resultados GOC - avaliação inicial

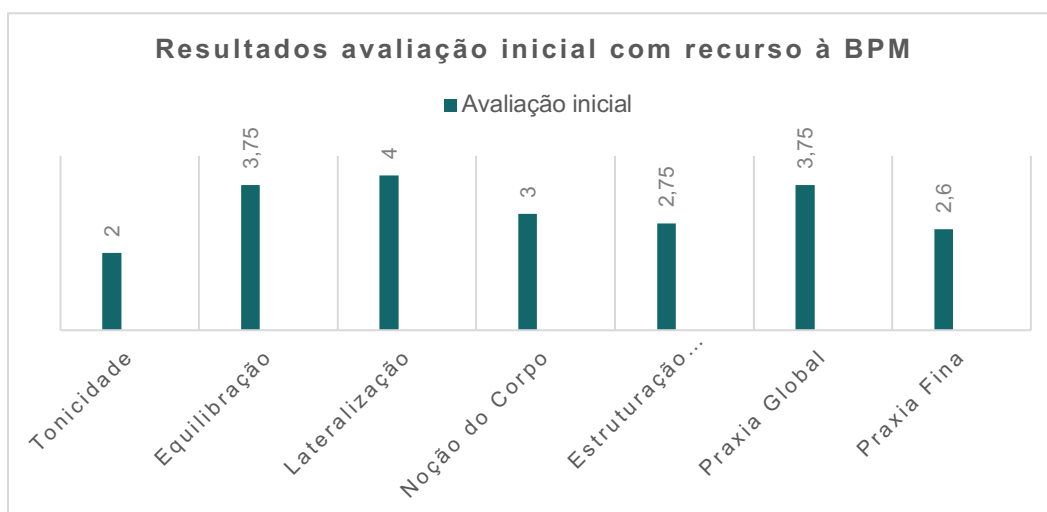
Domínio	Comportamento observado
Comportamento e desempenho na sessão	Postura ansiosa e passiva Adesão voluntária às tarefas e persistência na concretização Pouca iniciativa e sugestões Fracá motivação para estabelecer comunicação verbal espontânea Postura defensiva e inibida
Relação	Adequado e colaborante Denota apatia Inibido na expressão de sentimentos, opiniões ou sugestões Pouca iniciativa para estabelecer relação com os pares
Componentes psicomotoras	Lentificação nas respostas verbais e motoras Dificuldade no acesso à passividade e rigidez muscular evidente Dificuldades na praxia fina (rigidez nas mãos que compromete a dissociação digital sequencial)

## BPM

Os resultados provenientes da aplicação da BPM encontram-se esquematizados na figura 10, por fator psicomotor, encontrando-se a este associado o respetivo valor obtido, sendo que a referida cotação provém da média obtida entre os subfactores aplicados, para cada fator psicomotor. Ainda que todos os fatores tenham sido avaliados, apenas foram aplicados alguns subfactores.

Na reflexão final, após a aplicação de alguns itens da BPM, C. partilhou ter-se sentido bem e abstraído de alguns pensamentos menos positivos, mostrando-se motivado para potenciar alguns aspetos do seu funcionamento.

Figura 10 - Resultados obtidos na BPM (avaliação inicial)



## STAI

No que compreende os resultados obtidos no referido questionário de autoavaliação, C. obteve uma pontuação de 54 na escala STAI-Y1, que corresponde à ansiedade-estado. Esta componente, refere-se a uma situação emocional transitória do organismo humano, caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão e perceção de ameaça, que podem variar em intensidade e flutuar ao longo do tempo, pelo que nesta escala se procuram avaliar sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação (Andrade et al., 2001; Santos e Silva, 1997).

Por sua vez, na escala STAI-Y2, que corresponde ansiedade-traço, C. obteve uma pontuação de 52. Esta componente refere-se a uma disposição relativamente estável para responder a situações de stress com aumento da ansiedade-estado, relacionando-se com

esta resposta uma tendência para perceber um conjunto amplo de situações como sendo ameaçadoras ou perigosas (Andrade et al., 2001; Santos & Silva, 1997).

Desta forma, o somatório total das duas escalas, que traduz um valor global de ansiedade, dá 106, sendo que os valores globais de ansiedade podem variar entre 40 e 160.

### **Esquema de Tensão**

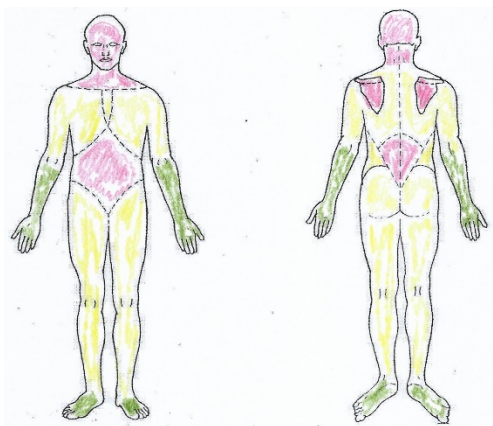
No que compreende o preenchimento através da coloração do referido instrumento de avaliação, foi possível identificar como áreas de tensão elevada, preenchidas por isso a vermelho, a cabeça e a zona abdominal, bem como a zona das omoplatas e a região lombar, na parte posterior.

Por outro lado, a verde encontra-se a área dos antebraços e mãos bem como os pés, locais que C. identifica com ausência de tensão.

Por fim, as restantes partes do corpo, encontra-se coloridas a amarelo, correspondendo a um nível médio de tensão.

A representação do referido instrumento encontra-se abaixo, na figura 11.

Figura 11 - Esquema de tensão C. (avaliação inicial)



#### **III.4.2.4 Perfil intra-individual**

Tendo em conta os resultados provenientes da avaliação formal e das observações informais realizadas, estabeleceu-se um perfil intra-individual, que integra áreas fortes e áreas de vulnerabilidade, nos domínios socioemocional, cognitivo e psicomotor.

O referido perfil intraindividual encontra-se esquematizado na tabela 12.

Tabela 10 - Perfil intra-individual de C.

<b>Domínio</b>	<b>Áreas fortes</b>	<b>Áreas de vulnerabilidade</b>
Socioemocional	Adesão voluntária às dinâmicas Concretização até ao fim	Expressão emocional Relacionamento interpessoal Comunicação não-verbal Iniciativa (interação, partilha)
Cognitivo	Atenção Planeamento Compreensão e adequação do discurso verbal	Flexibilidade cognitiva Memória de curto e longo prazo Capacidade de mentalização
Psicomotor	Equilíbrio estático e dinâmico Lateralidade definida Sentido cinestésico Coordenação oculomanual e oculopodal	Lentificação psicomotora Capacidade de descontração voluntária Imitação e dissociação de movimentos Estruturação espaciotemporal Coordenação dinâmica e dissociação digital

### **III.4.2.5 Fatores de risco e proteção**

No decorrer do processo de avaliação foram identificados alguns fatores de risco e proteção que serão enumerados de seguida na tabela 13.

Tabela 11 - Fatores de risco e proteção

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fatores de Proteção</b>
Contexto profissional rigoroso	Apoio familiar
Poucas atividades ocupacionais e de lazer	Preservação de competências intelectuais
Fraca rede de amigos	Adesão e compromisso terapêutico
Diagnóstico de Doença de Parkinson	
Contexto pandémico	

### **III.4.2.6 Hipóteses explicativas**

Para a compreensão e análise do presente estudo de caso, deve atentar-se na complexidade inerente aos quadros clínicos apresentados, uma vez que o desenvolvimento da perturbação depressiva pode ocorrer enquanto resposta psicológica a uma doença física grave, bem como a estados crónicos de incapacidade, como é o caso da condição neurológica inerente à DP (Wilkinson et al., 2005).

A depressão encontra-se frequentemente associada à DP, podendo preceder o seu diagnóstico ou surgir no decorrer da evolução da doença, sendo determinante para a qualidade de vida do utente (Peixinho et al., 2006; Pontone & Mills, 2021). Pode dizer-se que a depressão e a DP são, muitas vezes, interdependentes uma vez que os seus sintomas se influenciam mutuamente, sendo que os sintomas depressivos apresentados pelos indivíduos com DP, podem ser ainda mais impactantes na qualidade de vida do utente do que os sintomas motores (Pontone & Mills, 2021; Su et al., 2021).

Do mesmo modo, também a manifestação de ansiedade pode ser considerada um fator de risco pré-sintomático para a DP, constituindo, juntamente com a perturbação depressiva, a sintomatologia psiquiátrica mais prevalente no quadro da DP, tendo por vezes um impacto mais significativo do que incapacidade associada aos sintomas motores (Peixinho et al., 2006; Pontone e Mills, 2021).

Com a suspeita de diagnóstico de um quadro de DP, a sintomatologia depressiva e ansiosa previamente identificada em C., teve de ser enquadrada nesta nova realidade e, conseqüentemente, repensada, no sentido de ajustar os objetivos terapêuticos delineados com o recente prognóstico clínico.

Mais de 50% dos doentes com DP apresentam alterações cognitivas nos domínios da perceção visual, da memória e da função executiva, nomeadamente, a diminuição da atividade exploratória, a lentificação psíquica, o alheamento, a anosognosia e défice de atenção (Peixinho et al., 2006). Tendo em conta a associação da DP com a presença de alterações nas funções executivas, alterações potenciadas também pelas perturbações afetivas, como a depressão (Macuglia et al., 2012), revelou-se determinante preservar as competências apresentadas e estimular as mais vulneráveis.

O suporte social que a família proporciona, exerce especial influência constituindo uma rede de apoio essencial para os indivíduos que se encontram com condição crónica, podendo auxiliar a diminuição da sintomatologia depressiva e da tendência para o isolamento, dando suporte nas atividades diárias e promovendo a interação social (Santana et al, 2020). No mesmo sentido, o acompanhamento terapêutico providenciado pelas equipas multidisciplinares ao utente e respetiva família, também se revela protetor assegurando o acompanhamento terapêutico e atenuando as limitações funcionais associadas ao quadro clínico (Alvarez et al., 2016; Santana et al., 2020).

No decorrer do processo terapêutico, foi possível contactar com a família de C., nomeadamente a sua esposa, que se demonstrou colaborante com a equipa, tendo participado em sessões de terapia familiar juntamente com C., no sentido de agilizarem a comunicação entre ambos e encontrarem alternativas mais adaptativas para a dinâmica

familiar. A disponibilidade demonstrada e o envolvimento no processo terapêutico do utente, revelaram-se determinantes para a validação do trabalho realizado e a sua extensão ao contexto familiar.

A sintomatologia associada à DP revela-se complexa, sendo a presença de bradicinésia, i.e., dificuldade ou lentidão em começar e executar planos motores, essencialmente na realização de movimentos sequenciais e complexos, imprescindível para o seu diagnóstico bem como a presença de 1 de 3 sintomas, como tremor de repouso, rigidez ou instabilidade postural (Peixinho et al., 2006). Também a rigidez, i.e., o aumento involuntário do tónus muscular, se revelou uma característica presente em C., resultando num aumento da resistência à mobilização passiva, evidente desde o momento da avaliação inicial. Deste modo, também as alterações psicomotoras identificadas foram repensadas consoante o enquadramento nosológico da DP.

Ainda no domínio da sintomatologia, sabe-se que a presença de um humor de tonalidade depressiva cursa frequentemente com anedonia, i.e., apatia, redução do campo de interesses e perda da capacidade de experienciar prazer (Bastos et al., 2014), sendo evidente em C. a falta de motivação para o envolvimento em atividades recreativas e de lazer, assim como para a interação social, característica que pode ser reforçada pela DP (Gupta & Shukla, 2021). Em contrapartida, sabe-se que o envolvimento social assim como as relações interpessoais significativas, podem assumir um papel protetor e de suporte perante momentos de dificuldade e maior vulnerabilidade (Pires & Moreira, 2005).

A cronicidade associada à DP e o impacto da sua sintomatologia no quotidiano do indivíduo, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de autodesvalorização, assim como de pena e depreciação por parte de terceiros, extensivos também ao contexto de trabalho, pondo em causa a capacidade do sujeito para continuar o exercício das suas funções (Farias & Silva, 2021). A ambivalência de C. em retomar as suas funções laborais, pautava-se pelo receio de falhar, que o bloqueava para o desempenho da ação, tendo chegado a tentar retomar o trabalho, porém sem sucesso.

Não se pode descurar a presença de antecedentes familiares de tentativas de suicídio e determinadas características clínicas como a presença de sintomatologia ansiosa, que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de perturbação depressiva (Bastos et al., 2014).

Também o contexto pandémico pode ter contribuído para a exacerbação da sintomatologia psiquiátrica tal como referem Bouabdallaoui et al., (2021), Holmes et al., (2020) e Yao et al. (2020), salientando ainda os constrangimentos causados no encaminhamento e seguimento do utente para outra especialidade médica.

### III.4.2.7 Projeto terapêutico

Tendo em conta as conclusões retiradas do processo de avaliação e considerando a emergência de um segundo diagnóstico de DP, delineou-se um plano de intervenção psicomotora, de periodicidade semanal, que promovesse as áreas de maior vulnerabilidade e atuasse de forma preventiva na evolução clínica do diagnóstico mais recente. Abaixo na tabela 14, encontra-se a planificação do referido plano de intervenção, do qual há a salientar a assiduidade do utente, que apenas faltou a duas sessões, justificando previamente a sua ausência.

Tabela 12 - Planificação cronológica da intervenção

Avaliação inicial	Intervenção individual	Avaliação final	Sessões previstas	Sessões realizadas
outubro-dezembro	dezembro-julho	julho	26	24

### Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos estabelecidos basearam-se nas dificuldades percecionadas nos diferentes domínios do funcionamento, nomeadamente, no domínio socio emocional, cognitivo e psicomotor. Na tabela 15, encontram-se os objetivos gerais e específicos para cada domínio, assim como os instrumentos de avaliação utilizados para a sua verificação.

Tabela 13 - Objetivos terapêuticos estabelecidos para C.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Verificação
<b>Domínio Socio emocional</b>		
Promover a capacidade de comunicação não verbal	-Promover a manutenção do contacto ocular. -Melhorar a expressividade.	GOC
Melhorar competências de relacionamento interpessoal	-Aumentar a iniciativa para o relacionamento com os pares.	GOC
Promover a capacidade de mentalização	-Melhorar a expressão verbal, corporal e/ou gráfica de sentimentos experienciados na sessão ou no quotidiano. -Aumentar a capacidade de identificar diferentes estados corporais e associá-los a estados emocionais.	GOC e STAI
<b>Domínio Cognitivo</b>		
Melhorar as funções executivas	-Promover a memória de curto e a longo prazo.	GOC e STAI

	-Melhorar a flexibilidade cognitiva (rigidez de pensamento). -Aumentar a capacidade de resolução de problemas.	
<b>Domínio Psicomotor</b>		
Desenvolver a capacidade de relaxação	-Promover a capacidade de descontração voluntária. - Identificar e reconhecer diferentes estados tónicos.	BPM e Esquema de tensões
Diminuir a lentificação psicomotora	-Diminuir o tempo de resposta motora a estímulos.	GOC
Melhorar a estruturação espaciotemporal	-Melhorar a organização espacial.	GOC e BPM
Promover a motricidade fina	-Melhorar a coordenação dinâmica e dissociação digital.	BPM

### **III.4.2.8 Atividades e Estratégias de Intervenção**

Dos princípios gerais de intervenção para os indivíduos com depressão, salienta-se a ajuda na estruturação do seu dia-a-dia, fornecendo sugestões de atividades para um estilo de vida mais saudável, a psicoeducação no sentido de esclarecer preocupações relacionadas com o quadro clínico, dando estratégias facilitadoras para o quotidiano e a importância da adesão à medicação, para a estabilização do quadro (Buschbach et al., 2019; Probst, 2017). A manutenção destes princípios ao longo da intervenção, não só veio reforçar o contrato terapêutico estabelecido com C., como também o seu envolvimento e participação mais ativa, permitindo a abertura para o esclarecimento das questões referentes à evolução do seu quadro clínico.

A terapêutica farmacológica, revela-se determinante na gestão dos sintomas motores e psiquiátricos, sendo que no caso de C., o seu plano farmacológico contemplava o uso combinado de fármacos potenciadores do tratamento da depressão, nomeadamente, antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos de segunda geração, uma combinação terapêutica considerada eficaz no tratamento da perturbação depressiva (Bastos et al., 2015; Pestana & Carmo, 2015). Porém, com o surgimento de um possível quadro de DP, revelou-se necessária a articulação com a especialidade de neurologia, no sentido de potenciar o plano terapêutico. Ainda que a gestão da psicofarmacologia não seja do domínio da intervenção psicomotora, o seu ajuste e monitorização revelou-se determinante para a estabilização do utente e, consequentemente, para a progressão da intervenção.

Da sintomatologia apresentada por C., à data da intervenção, a lentificação psicomotora significativa, a rigidez evidente, as ligeiras alterações no padrão da marcha, as dificuldades de preensão e movimentos de motricidade fina, foram considerados sintomas de abordagem prioritária na intervenção, tal como defendido por Röhrich (2014), uma vez que apresentavam um impacto significativo no quotidiano do utente.

A participação conjunta nas atividades, a possibilidade de experienciar sucesso nas dinâmicas propostas, o reforço positivo e a valorização do esforço efetuado, independentemente do resultado, permitiram trabalhar o autoconceito e a autoimagem, favorecendo atribuições internas positivas, tal como defendido por Probst (2017) e Probst et al. (2010). Para além das referidas estratégias, a intervenção grupal revelou-se crucial no incentivo à partilha e para a diminuição da tendência de autodesvalorização apresentada por C., tal como defendem os mesmos autores.

A construção de uma relação terapêutica segura e os momentos de partilha quer no diálogo inicial como no período de reflexão final, permitiam compreender o impacto das vivências realizadas. A disponibilidade e abertura permitiram a partilha referente à emergência de outros sintomas, nomeadamente, alterações neurocomportamentais, perturbações do sono e de outros comprometimentos sensoriais, relevantes tendo em conta o quadro de DP, permitindo a sua exploração nas sessões (Gupta & Shukla, 2021).

As principais alterações no movimento e na experiência corporal associadas à perturbação depressiva, das quais se destacam a lentificação psicomotora, alterações na postura, experiência corporal negativa, distorções na consciencialização corporal e alterações na regulação de emoções foram consideradas ao longo da intervenção, privilegiando-se atividades de exploração e a valorização do corpo em ação, promotoras do autoconhecimento, da experimentação do sucesso e da descoberta de respostas mais construtivas e adaptativas (Kalleian et al., 2014; Röhrich, 2014). Destacam-se neste domínio, a exploração de circuitos psicomotores, atividades expressivas com exploração de diversos recursos, como a plasticina, materiais de dimensões distintas e texturas diferentes, a estimulação de competências de funcionamento executivo e a exploração de atividades de relaxação.

#### **III.4.2.9 Avaliação final e comparação dos resultados**

Na fase final de intervenção, foram reaplicados os instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial, no sentido de analisar o decurso terapêutico. Desta forma, serão apresentados os resultados referentes à GOC, STAI, BPM e esquema de tensões, que motivarão uma posterior análise reflexiva.

## GOC

As principais alterações detetadas através da aplicação da Grelha de Observação Comportamental (GOC), apresentam-se sintetizadas na tabela 16.

Tabela 14 - GOC avaliação final C.

<b>Comportamento e desempenho na sessão</b>	Mantém perfil ansioso, porém mais flexível Denota persistência e empenho nas dinâmicas Maior iniciativa no estabelecimento de comunicação verbal Postura mais recetiva e disponível
<b>Relação</b>	Adequado e colaborante Mais envolvido na sessão Mais à vontade na expressão de sentimentos e iniciativa na partilha de sugestões Maior confiança na realização de intervenções espontâneas Estabelecimento de relação com os pares por iniciativa própria
<b>Componentes psicomotoras</b>	Menor tempo de reação Maior fluidez de movimentos e capacidade de descontração voluntária, ainda que mantenha perfil hipertónico Coordenação de movimentos das mãos e dedos mais facilitada

## STAI

No que diz respeito aos resultados provenientes na reaplicação da presente escala, foi possível verificar o aumento de 54 para 69 na STAI - Y1, correspondente à forma como o indivíduo se sente no preciso momento, inerente à ansiedade-estado.

Nesta parte do questionário, alguns dos itens que registaram aumento na sua frequência foram: “Sinto-me calmo” (item invertido), “Sinto-me seguro” (item invertido), “Estou tenso”, “Sinto-me esgotado”, “Sinto-me à vontade”, “Sinto-me inquieto”, “Sinto-me indeciso”, “Estou descontraído” (item invertido), “Estou preocupado”, “Sinto-me confuso” e “Sinto-me uma pessoa estável” (item invertido).

Por sua vez, os itens que sofreram um decréscimo foram: “Sinto-me esgotado”, “Sinto-me à vontade” (item invertido), “Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer”, “Sinto-me assutado”, “Estou descansado” (item invertido), “Sinto-me confiante” (item invertido), “Sinto-me uma pessoa estável” e “Sinto-me bem”.

Também foi possível verificar itens que mantiveram a mesma frequência, tais como: “Sinto-me perturbado”, “Sinto-me assustado”, “Sinto-me nervoso” e “Sinto-me indeciso”.

No que compreende a segunda parte do questionário, STAI - Y2, pode assistir-se a um decréscimo da pontuação obtida de 52 para 45, que descreve a forma como o indivíduo se sente geralmente e que está associada à ansiedade-traço.

Os itens que registaram um decréscimo mais significativo na frequência apresentada dizem respeito a: “Sinto-me nervoso e inquieto”, “Sinto-me satisfeito comigo próprio”, “Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo”, “Sinto-me um falhado”, “Sou uma pessoa estável” e “Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes”.

Por sua vez, dos itens que registaram um aumento destacam-se: “Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo”, “Estou contente”, “Sou uma pessoa estável”,

Mantiveram a mesma frequência os itens “Sinto-me bem”, “Sinto-me tranquilo” e “Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância”.

Deste modo, passámos de um índice global de ansiedade de 106, segundo os dados da avaliação inicial, para 114.

O aumento do índice global de ansiedade justifica-se com o aumento da pontuação obtida no STAI -Y1, correspondente ao estado de ansiedade no momento.

Segundo Silva & Campos (1998), a ansiedade de estado e a ansiedade-traço correlacionam-se positivamente, pelo que será de esperar que, indivíduos com um valor mais elevado de ansiedade de estado, tendam a ter um valor correspondente para a ansiedade de traço, sendo que o autor da escala acrescenta ainda que, tais correlações são elevadas, sempre que os indivíduos se percecionem como alvo de apreciação social e baixas em situações de perigo físico.

Nas últimas sessões realizadas, C. partilhava que sentia mais nervoso/ansioso, com um mal-estar geral durante o dia. Desta forma, a exacerbação destes sintomas pode estar associada à necessidade de acompanhamento mais frequente no serviço de neurologia, para o esclarecimento do quadro neurológico. Durante este período, o utente teve de realizar alguns exames complementares de diagnóstico, que indicavam a confirmação do diagnóstico de um quadro clínico associado a DP.

## **BPM**

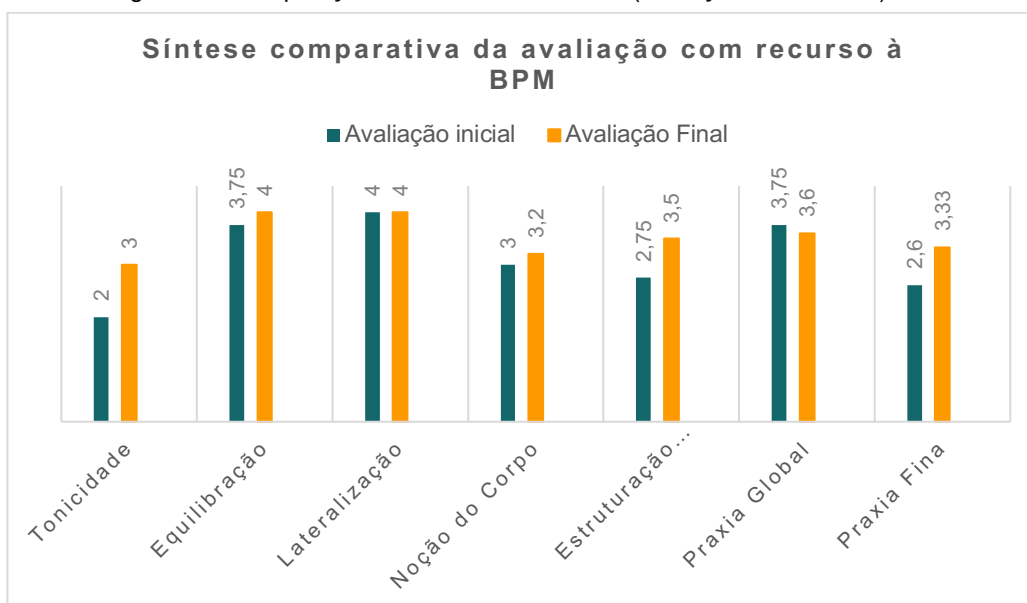
A figura 12 apresenta uma síntese comparativa entre os valores obtidos na avaliação inicial e na avaliação final, através da aplicação da BPM. De um modo geral, verificou-se uma melhoria em praticamente todos os fatores psicomotores, dos quais se destacam a tonicidade, a estruturação-espaciotemporal e a praxia fina.

No fator referente à tonicidade, ainda que tenham sido perceptíveis tensões e resistências nas mobilizações, verificou-se um aumento da capacidade de abandono, percecionando-se também maior capacidade de descontração na posição de decúbito dorsal, sem arqueamento dos membros, ao contrário do verificado na avaliação inicial.

Por sua vez, na estruturação espaciotemporal percecionou-se uma melhoria ao nível da capacidade de calcular as distâncias e ajustar os seus planos motores, realizando o percurso de forma mais fluida e com menor tempo de latência, obtendo também um melhor desempenho na capacidade de memorização sequencial visual.

No fator psicomotor referente à praxia fina, verificaram-se melhorias na capacidade de planeamento micromotor e autocontrolo visuomotor, na capacidade de dissociação digital independente e da oponibilidade, bem como na coordenação práxica e visuográfica.

Figura 12 - Comparação dos resultados da BPM (avaliação inicial e final)



### Esquema de tensões

No que compreende o preenchimento do esquema de tensões, há a salientar a identificação do pescoço, do peito e das costas enquanto zonas de maior tensão e como tal, coloridas a vermelho.

Por sua vez, nas zonas de tensão moderada, identificadas a amarelo, encontram-se a barriga e as omoplatas.

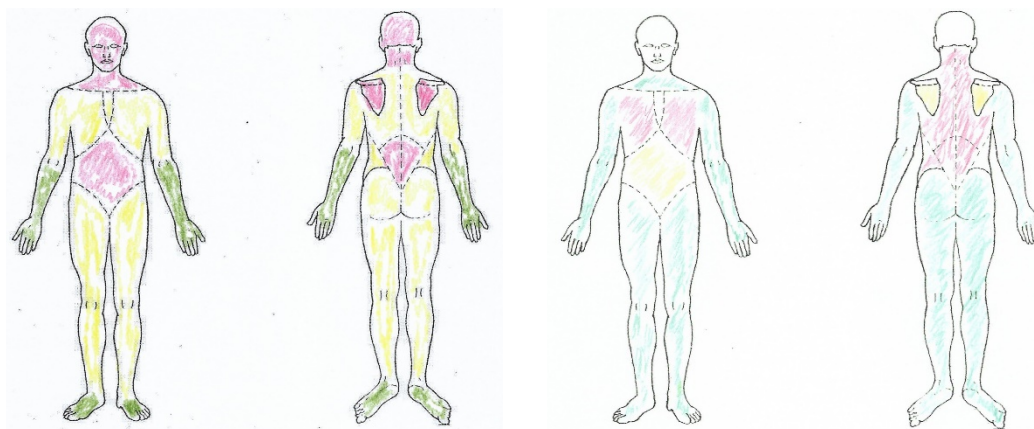
Por fim, os membros superiores e inferiores encontram-se a verde, e por isso, sem tensão significativa.

Na figura 13, encontra-se a comparação do preenchimento do esquema de tensões nos momentos de avaliação inicial e final.

Comparativamente à avaliação inicial, pode identificar-se a presença de um aumento da tensão percecionada na zona do peito e costas e uma redução da tensão na

zona do pescoço, das omoplatas, da barriga e nos membros. A zona da cabeça, apresenta-se sem coloração no momento de avaliação final.

Figura 13 - Comparação do esquema de tensões C.



### Desenho do corpo

A figura 14 apresenta a comparação entre o desenho do corpo realizado por C. no momento de avaliação inicial e na avaliação final.

As principais diferenças percebidas prendem-se com o ganho de dimensão da representação, sendo que o corpo passou a ocupar praticamente toda a folha.

Ainda que se mantenha a ausência de detalhes anatómicos, com formas e proporções pouco organizadas, salienta-se a presença de maior expressividade facial.

Figura 14 - Comparação do desenho do corpo de C. (avaliação inicial e final)



### **III.4.2.10 Reflexão acerca do percurso terapêutico**

O presente estudo de caso vem reforçar a importância do trabalho em equipe multidisciplinar e a articulação de várias áreas médicas, neste caso, a psiquiatria e a neurologia, proporcionando um diagnóstico precoce e a otimização do plano terapêutico do utente.

Ainda que o diagnóstico não seja determinante para a intervenção psicomotora, neste caso em particular, a contemplação do recente diagnóstico de DP, revelou-se diferenciadora, levando a repensar a sintomatologia apresentada inicialmente e otimizar a intervenção, não só no sentido terapêutico como preventivo. Neste sentido, o feedback fornecido pelo utente e a participação ativa da sua família, permitiu identificar dificuldades do dia-a-dia e reunir esforços no sentido de arranjar alternativas adaptativas e estratégias promotoras do bem-estar do utente.

Por um lado, o possível diagnóstico de DP, motivou uma especial análise no sentido de compreender a emergência e a significação dos sinais clínicos apresentados, bem como adaptar os objetivos estabelecidos no seu plano terapêutico, visando o fortalecimento de áreas mais sensíveis para o referido quadro.

Por outro lado, a suspeita de uma eventual condição neurológica, pode eventualmente ter permitido a atribuição de uma causa clínica, visivelmente mais expressiva, à sintomatologia depressiva previamente identificada o que, de certa forma, se revelou transformador no modo como C. encarava a sua condição. De certo modo, foi possível atribuir às dificuldades percecionadas como causadoras de mal-estar, um mecanismo patológico externo (condição neurológica degenerativa) e não a fragilidades do seu “mundo interno” /funcionamento psíquico (perturbação psiquiátrica).

Ainda que C. tenha mantido um perfil de funcionamento ansioso e uma postura inibida, foi perceptível uma ligeira melhoria na interação espontânea, principalmente no contexto de grupo, revelando-se mais participativo e responsivo aos restantes elementos do grupo terapêutico.

A adesão, a assiduidade e o compromisso terapêutico, que C. demonstrou ao longo da intervenção, revelaram-se variáveis benéficas na sua progressão, mantendo sempre uma postura cooperante, adequando-se às dinâmicas, mesmo para as quais se encontrava menos motivado. No sentido de preservar o envolvimento terapêutico e potenciar a sua adesão, manteve-se a adoção de estratégias de motivação, que fomentassem a autoimagem e atribuições internas positivas, providenciando estratégias de *coping* para o stress, para a qualidade de vida e na independência nas atividades de vida diária (Knapen et al, 2015; Probst, 2017).

Sabe-se que no seguimento de quadro clínico depressivo, a expressão emocional pode encontrar-se comprometida, podendo resultar, em casos mais severos, em indiferença ou anestesia afetiva com ausência de ressonância emocional (Bastos et al., 2015). Relativamente à expressividade de C., foi possível perceber um ligeiro incremento na utilização de gestos no suporte à linguagem, manutenção do contacto ocular com os elementos do grupo e com a terapeuta, assim como evidência de menor desconforto com a proximidade dos restantes elementos do grupo. Pode assim constatar-se que o grupo assumiu um papel facilitador no processo de C., permitindo promover capacidades sociais, aumentando a autoconfiança e a autossuficiência (Probst et al., 2010; Probst, 2017; Wilkinson et al., 2005).

A dificuldade em salientar aspetos positivos na sua evolução clínica manteve-se presente no decorrer do processo terapêutico, assim como a tendência para assumir uma atitude pessimista e de autodesvalorização, porém, salienta-se a emergência de *insight* parcial para a percepção de aspetos que considera que melhoraram ou se encontravam estabilizados. Aos poucos, foi possível assistir a uma mudança no discurso de C. passando a conseguir valorizar o esforço por si realizado e as mudanças alcançadas no seu percurso terapêutico. Neste sentido, no decorrer da intervenção, a utilização do reforço positivo, foi sendo uma constante, assim como a exploração de diversas dinâmicas que permitissem que C. experienciasse sentimentos de competência, melhorando o autoconceito e a autoimagem, tal como defendem Probst et al. (2010) e Probst (2017).

Nas últimas sessões, procurou-se fazer uma retrospectiva em relação ao processo terapêutico realizado, sendo que C. partilhou que, apesar de ter percebido algumas melhorias no seu quotidiano, em tarefas que inicialmente se revelavam mais desafiadoras, a necessidade de acompanhamento em consulta de neurologia, por causa do quadro de DP, o preocupava bastante, constituindo um fator promotor da sintomatologia ansiosa. Assim, ainda que C. conseguisse identificar melhorias nas áreas de vulnerabilidade inicialmente apresentadas, a emergência de uma situação clínica complexa e todos os procedimentos inerentes ao seu diagnóstico, dificultaram a valorização dos ganhos alcançados.

As manifestações psíquicas e físicas da ansiedade, compreendem um sintoma bastante comum na perturbação depressiva, sendo que a preocupação excessiva e permanente, bem como a sensação de perigo iminente poderão resultar num estado de hipervigilância ansiosa ou agitada (Bastos et al., 2014). Adicionalmente, à DP também se associa frequentemente sintomatologia ansiosa e depressiva (Peixinho et al., 2006;

Pontone & Mills, 2021). Desta forma, foram introduzidas estratégias no sentido de reduzir a exacerbação da tensão e da sintomatologia ansiosa, bem como de combater a perda de vitalidade e responsividade, mediante a exploração de exercícios de consciencialização corporal e de técnicas de relaxação (Buschbach et al., 2019; Probst, 2017).

Complementarmente, sabe-se que o desenvolvimento da perturbação depressiva se relaciona com fatores de risco temperamentais, como níveis mais elevados de neuroticismo, presença de sintomatologia ansiosa e a intensidade da mesma, assim como fatores de risco ambientais, fatores genéticos e fisiológicos, pelo que o presente quadro teve de ser contemplado com base nestes pressupostos e equacionado de forma multidimensional do ponto de vista terapêutico (APA, 2013; Bastos et al., 2015).

### **III.5 Atividades complementares de formação**

No decorrer do período de estágio, estiveram presentes várias atividades complementares de formação, tanto de cariz formal, organizadas por entidades reconhecidas no âmbito clínico ou formativo, como de cariz informal, motivadas pelo interesse e vontade em querer complementar conhecimentos e adicionar experiências diferenciadoras a uma experiência de estágio, por si só, enriquecedora. De seguida, serão enumeradas as principais possibilidades de formação experienciadas.

#### **III.5.1 Atividades realizadas em contexto de orientação académica**

##### **III.5.1.1 Reuniões de núcleo de estágio**

Ao longo de todo o estágio, ocorreram quinzenalmente as reuniões de núcleo de estágio, sob a orientação do Prof. Dr. ° Rui Martins, nas quais se procedeu à apresentação e discussão de estudos de caso, à discussão de planos de sessão individuais e de grupo, bem como à elaboração de trabalhos de divulgação científica, que não só estimularam o raciocínio clínico e a capacidade de reflexão, como também alimentaram a constante necessidade de procurar saber mais e investir nas práticas realizadas.

##### **III.5.1.2 Materiais de divulgação científica**

Sendo que a instituição de acolhimento para o presente estágio não possuía a Psicomotricidade enquanto área de intervenção, considerou-se pertinente a criação de um folheto informativo, alusivo à intervenção psicomotora no contexto da saúde mental do adulto, no sentido de caracterizar a prática psicomotora, as características psicopatológicas de abordagem prioritária, as perturbações com indicação terapêutica e os objetivos

terapêuticos subjacentes. O referido folheto (anexo B) foi discutido no núcleo de estágio, com o orientador académico e restantes colegas, tendo resultado na afirmação e divulgação da prática psicomotora em contexto clínico.

Neste domínio, revela-se pertinente salientar a participação no Congresso Mundial de Psiquiatria realizado de 10 a 13 de março, para o qual se destaca a elaboração de um poster intitulado de “Psychosomatic Relaxation in the context of Psychomotor Therapy, in Anxiety Disorders” (anexo C) realizado com os restantes elementos do núcleo de estágio de 2º ciclo, sob orientação académica do Prof. Dr. ° Rui Martins. A elaboração e apresentação do referido póster, para um congresso com visibilidade a nível mundial, revelou-se uma oportunidade para apresentar o potencial terapêutico da psicomotricidade a profissionais de outras áreas de intervenção. O processo de discussão e elaboração do referido trabalho em grupo, revelou-se uma experiência frutífera, no sentido de acrescentar conhecimentos e competências de redação científica e gratificante pela possibilidade de contribuir para a divulgação da referida área de intervenção a nível mundial.

### **III.5.2 Participação em eventos científicos**

No dia 31 de outubro e 28 de novembro de 2020, teve lugar o 1.º Pré-Congresso, em formato de Webinar, intitulado de “Actuality of Psychomotor Intervention in the face of social changes – New spaces of the body”, organizado pelo Centro Italiano Studi e Ricerche in Psicologia e Psicomotricità (CISERPP), sob coordenação de Franco Boscaini e Nicola Smania, abrindo espaço para a partilha e reflexão acerca dos desafios emergentes e das linhas de investigação mais recentes no âmbito da Psicomotricidade.

Nos dias 14 e 15 de abril de 2021, destaca-se a participação no XI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, para o qual se submeteu a apresentação de um póster intitulado de “Reconhecendo a Face do Autismo”, sendo o resultado de uma revisão de literatura e exposição de um estudo de caso. O referido póster foi realizado no ano letivo anterior, para a Unidade Curricular de Temas Aprofundados em Desenvolvimento Humano, sob a orientação da Professora Doutora Celeste Simões, sendo que a sua submissão para o congresso ficou adiada devido à situação pandémica. A possibilidade de proceder à sua submissão, veio salientar a pertinência de integrar a psicomotricidade em discussões multidisciplinares, nas quais se torna possível apreender conjuntamente, reforçando a importância da diversidade no trabalho em equipa.

De 7 a 9 de maio, há também a salientar a participação, no I Congresso Internacional de Psicomotricidade, organizado pela Faculdade de Motricidade Humana, com a temática: “A Evidência em Psicomotricidade: Contributos da Investigação e da

Prática Profissional”, tendo-se revelado uma experiência bastante enriquecedora e elucidativa da realidade da prática psicomotora em países europeus e da América Latina. Para além disso, a participação num congresso desta dimensão, veio reforçar a imprescindibilidade da evidência científica, assente nas práticas profissionais e nos trabalhos de investigação realizados, revelando-se inspiradora para o envolvimento em dinâmicas desta natureza.

### **III.5.3 Cursos formativos**

A 28 de janeiro de 2021 salienta-se a participação no Workshop “Intervir na Ansiedade no Adulto” (Online, 7ª Edição) organizado pelo Gabinete de Psicologia e Desenvolvimento Pessoal – ReConstruir. A participação nesta iniciativa revelou-se enriquecedora, contribuindo com uma visão diversificada daquilo que pode ser a intervenção na perturbação da ansiedade, fornecendo estratégias relevantes para a atuação clínica, transponíveis para o contexto de estágio.

A 10 de abril de 2021 destaca-se a participação na formação online da Terapia Snoezelen, com a duração de 5 horas, na qual foi possível compreender os princípios de intervenção da estimulação multissensorial, enquanto recurso terapêutico promotor da autonomia, do autocontrolo, da criatividade e da iniciativa na exploração do envolvimento.

Nos dias 29 de maio e 5 de junho, foi possível a participação no 1.º nível do curso intitulado de “Terapia Focada nos Esquemas”, sob a organização do “PTSD Center – Psicologia & Formação”, uma empresa portuguesa direcionada para a área da Saúde Mental, Psicologia Organizacional e Formação Especializada. Ainda que este modelo de intervenção provenha da área da psicoterapia cognitiva, apresenta princípios de intervenção que podem ser complementares à intervenção psicomotora, permitindo compreender a origem de características da personalidade mais desadaptativas com origem em fases precoces da vida, que culminam com o desenvolvimento de condições psicopatológicas no futuro. Em setembro, foi possível integrar um 2.º nível do referido curso, mais direcionado para a intervenção, com possibilidade de discutir casos clínicos com diversas Perturbações Psiquiátricas, num período de supervisão integrado.

### **III.5.4 Apresentação no Serviço de Psiquiatria do CHMT**

No sentido de dar a conhecer o trabalho desenvolvido ao longo do período das atividades de estágio, foi apresentado na reunião de Equipa do Serviço de Psiquiatria do CHMT, dia 14 de julho de 2021, o trabalho “A terapia Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do CHMT – Apresentação de um estudo de Caso” (anexo D). Esta iniciativa apresentada pela estagiária, foi reconhecida pela equipa e integrada na reunião do serviço, num período

destinado à formação, que antecede a discussão dos casos acompanhados no serviço. Esta experiência revelou-se um contributo significativo para o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais, defendendo o enquadramento profissional e científico da psicomotricidade, assumindo uma postura autónoma perante a equipa.

### **III.5.5 Reuniões de grupos de partilha e reflexão**

A participação em grupos de debate e partilha entre psicomotricistas, nomeadamente, iniciativas promovidas pela Secção Centro da Associação Portuguesa de Psicomotricidade (SCAPP), revelou-se fundamental, abrindo espaço para a partilha de experiências e testemunhos emergentes da prática profissional, permitindo encontrar respostas para solucionar os desafios encontrados nos contextos de intervenção, alimentadas pela reflexão conjunta e pelo desejo de superação coletivo. Ainda neste domínio, salienta-se a participação noutras iniciativas de associações representativas de profissionais da área da Saúde Mental, como é o caso da Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência (ANIPIA), que permitiu explorar temas como a Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância, Questões de Género e Orientação Sexual na Infância e Adolescência ou a Ideação Suicida e Comportamentos Auto-Lesivos em Adolescentes, reforçando a sensibilização para as problemáticas da infância e adolescência, no âmbito da saúde mental e o seu impacto na vida adulta.

### **III.6 Dificuldades e Limitações**

A adaptação ao contexto pandémico e às restrições impostas na dinâmica do serviço, revelou-se um desafio acrescido na prática profissional, nomeadamente, com a ausência do toque e a necessidade de distanciamento físico, incitando a criatividade e resiliência da prática psicomotora e dos profissionais de saúde, em geral. A necessidade de reunir esforços e recursos para ultrapassar as dificuldades que foram emergindo, acabou por ser uma constante ao longo da experiência de estágio, que intensificou a perseverança, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de gestão emocional, procurando transmitir sempre a confiança e segurança necessárias aos utentes, apesar das incertezas intensificadas pela situação pandémica.

De salientar ainda que a manutenção da intervenção durante o período de confinamento, exacerbou os níveis de alerta, a responsabilidade face à adoção das medidas de segurança e a restrição dos contactos sociais, no sentido de minimizar as possibilidades de contágio e, conseqüentemente, a sua transmissão aos utentes e/ou equipa clínica ou, de modo inverso, a transmissividade do contexto hospitalar para o âmbito

familiar. Considerando o contexto pandémico e as suas restrições, intensificou-se a necessidade de desenvolver estratégias facilitadoras na organização e gestão dos compromissos profissionais com a vida pessoal, resultando, na frequente partilha do espaço de trabalho com o de lazer. Neste sentido, foram desenvolvidas competências de organização de trabalho, que facilitassem o equilíbrio entre as exigências da prática profissional e as necessidades sociais e de lazer.

No domínio de intervenção, a ausência de experiência prévia com população adulta no âmbito da Saúde Mental, potenciou sentimentos de alguma insegurança relativamente ao contexto de intervenção. A revisão de conteúdos anteriormente lecionados no percurso académico, foi inevitável assim como o aprofundamento de conteúdos abordados de forma mais superficial, mas ainda assim, determinantes para o contexto de intervenção. No sentido de combater algumas lacunas percecionadas e corresponder às exigências emergentes no âmbito do estágio, a pesquisa de literatura, a participação em formações complementares e as partilhas entre diferentes técnicos, revelaram-se oportunidades fundamentais para a capacitação e enriquecimento da prática profissional.

Neste seguimento, a ausência de orientador local na área da psicomotricidade incitou a necessidade de assumir uma postura profissional e competente, pautada pelo domínio de conhecimento científico, no sentido de acrescentar valor à equipa e proporcionar uma possibilidade complementar de intervenção, inovadora no serviço. Deste modo, o sentido de responsabilidade e o empenho motivaram a adoção de uma postura ativa na procura de mais conhecimento e desperta, no sentido de conseguir absorver os modelos de intervenção, provenientes da observação direta de profissionais experientes na área da saúde mental. A intervenção em equipa multidisciplinar revelou-se enriquecedora do ponto de vista da multiplicidade e diversidade de opções terapêuticas, mas, essencialmente, da necessidade de complementaridade das mesmas.

Outra dificuldade percecionada, diz respeito à capacidade de gestão das expectativas e à impotência do terapeuta perante a dificuldade que alguns utentes apresentam em assumir o compromisso terapêutico, revelando falta de assiduidade e pontualidade, incumprimento do plano farmacológico e/ou abandono do seguimento. Neste ponto, a disponibilidade da equipa para a discussão de determinados casos, revelou-se fundamental no esclarecimento de dúvidas, mas, essencialmente, na compreensão da singularidade de cada caso, na seleção das abordagens mais adequadas e na consciencialização dos limites de intervenção dos técnicos face às especificidades de cada caso.

Conseguir manter o distanciamento emocional necessário para a prática clínica, nem sempre foi fácil, tendo em conta a intensidade das partilhas feitas pelos utentes, das suas histórias clínicas e pessoais, assim como o sofrimento que muitos manifestam. A possibilidade de partilha em ambiente seguro, seja nas reuniões de equipa ou nas reuniões de supervisão académica, assumiram especial importância, permitindo desenvolver a maturidade suficiente para esta gestão. A possibilidade de discutir vários casos nas reuniões de supervisão académica, com o professor orientador e as restantes colegas, foi crucial para atenuar inseguranças e incertezas, mas, essencialmente, para assumir uma postura ativa na procura de soluções fundamentadas pelo saber científico, sem descurar a intencionalidade das propostas terapêuticas e a leitura do seu impacto.

Se, por um lado, a diversidade existente entre os diferentes elementos do grupo, enriquece a dinâmica grupal, por outro lado, desafia a criatividade do terapeuta no sentido de conseguir integrar dinâmicas que promovam os objetivos terapêuticos traçados para cada um dos utentes. Revelou-se, desta forma, crucial analisar individualmente as necessidades de cada caso e, posteriormente, do grupo como um todo, para equacionar planeamentos de sessão responsivos às necessidades de todos, mas que respeitassem as suas especificidades. Neste sentido, a articulação com os técnicos de referência de cada utente revelou-se determinante, no sentido de conseguir complementar a intervenção grupal com a individual e, assim, otimizar as oportunidades terapêuticas.

No âmbito da intervenção grupal, foi necessário assegurar a gestão da participação de cada utente, neutralizando posturas mais dominantes e/ou passivas, promover competências de relacionamento interpessoal e de resolução de problemas, assegurando o fortalecimento da relação terapêutica, o respeito pelo outro e a coesão do grupo.

Gostaria de referir que a intervenção em valências distintas, mais especificamente, no Hospital de Dia e no Internamento, permitiu desenvolver a criatividade e a diversidade nas possibilidades de intervenção, porém permitiu identificar alguns fatores limitadores. Considerando o contexto de internamento, mais concretamente, a privação de liberdade, imposta pelos procedimentos legais obrigatórios, a que estes indivíduos se encontram sujeitos, revela-se, na maioria dos casos, limitadora do potencial de intervenção. Ainda que a maioria dos profissionais se mobilize no sentido de assegurar contacto dos utentes com o espaço exterior, este impedimento condiciona visivelmente a reconstrução da sua saúde mental, bem como a sua disponibilidade para se envolverem nas atividades terapêuticas, uma vez que, muitas das vezes, estas têm de ser realizadas no interior da ala de internamento. É um facto que a situação pandémica, veio intensificar estes constrangimentos, porém, a meu ver, revela-se necessário reunir esforços e equacionar

soluções que permitam o contacto com o exterior durante o período de internamento, sempre que for possível, não tendo os utentes de ficar limitados pelas condições do serviço que integram ou pela “boa vontade” dos técnicos.

Ainda que se caminhe, cada vez mais, para a consciencialização da importância da saúde mental e para o combate ao estigma associado às perturbações psiquiátricas, penso que, prevalece a necessidade de se criarem condições de equidade e de valorização dos direitos de todos.

### **III.7 Reflexão pessoal acerca da experiência de estágio**

A reflexão apresentada neste ponto, visa refletir acerca da experiência de estágio realizado no Serviço de Psiquiatria do CHMT, procurando analisar o seu contributo, neste que é um marco determinante no percurso académico e na formação enquanto profissional.

O facto de a prática profissional apresentada neste relatório estar inserida num estágio autoproposto, exacerbou a responsabilidade da estagiária pela defesa da entidade profissional que representa, pelo voto de confiança atribuído pelo orientador académico, pela instituição de ensino que integra e pela oportunidade concebida pela instituição de acolhimento. A responsabilidade pelo compromisso assumido, converge ainda para a premissa basilar de respeito para com os utentes acompanhados e o envolvimento necessário no seu processo terapêutico.

Se por um lado, a ausência de orientador local no âmbito da psicomotricidade se revelou desafiante, pela inexistência de referências nas práticas profissionais, a mesma motivou a procura de conhecimento, seja na pesquisa de bibliografia, no envolvimento em eventos de cariz científico e educacional ou na partilha de experiências com outros profissionais, tanto no local de estágio, como fora deste.

No decorrer do período de estágio, as contingências originadas pelo contexto pandémico, revelaram-se um grande desafio à intervenção, porém constituíram uma oportunidade de crescimento através da necessidade de inovação e da constante busca pela criatividade e resiliência.

Assim, a possibilidade de realizar um estágio curricular num serviço pautado pelo profissionalismo, pela disponibilidade em acolher e apoiar a formação, assim como, pela sensibilidade demonstrada para conhecer e valorizar áreas de intervenção mais recentes, concedeu um valor formativo a esta experiência, ainda mais significativo. A intervenção em equipa multidisciplinar, a constante partilha e suporte entre técnicos, a disponibilidade para reunir, ouvir e refletir conjuntamente, permitiu o desenvolvimento do sentimento de pertença e a integração da estagiária, naqueles que são os valores da instituição e a

missão da equipa. Progressivamente, foi possível começar a dominar a linguagem técnica utilizada, aumentar a confiança e adotar uma postura mais ativa e participativa nas reuniões de equipa, contribuindo com a minha visão e pensamento clínico, fazendo questões e partilhando considerações.

O estágio no CMHT permitiu-me intervir em valências distintas, com diferentes tipos de populações, estratos socioeconómicos e perturbações, o que enriqueceu a experiência e mobilizou a capacidade de adaptação da terapeuta, a sua capacidade de resolução de problemas, face à imprevisibilidade, e adequação dos diversos elementos do processo terapêutico, às necessidades que se revelavam prioritárias. A intervenção com a população adulta, no âmbito da saúde mental, acrescentou conhecimento e competência profissional, no âmbito da intervenção, complementando a oportunidade anteriormente desenvolvida no âmbito da saúde mental da infância e adolescência, durante a licenciatura. Desta forma, a noção de complementaridade e sequencialidade entre aquilo que se passa na infância e os seus efeitos na idade adulta, foi ficando cada vez mais presente, revelando-se imprescindível na compreensão e adequação do plano terapêutico.

O processo de construção da relação terapêutica, levou-me a revisitar momentos únicos da vida do utente, permitindo a construção de um caminho de aprendizagem conjunta. A honestidade de cada partilha, a confiança depositada, a força de vontade e a capacidade de superação, reforçaram a minha responsabilidade enquanto parceira do seu processo terapêutico e o respeito pela unicidade de cada caminho percorrido.

Contactar com diferentes pessoas, personalidades distintas e manifestações clínicas diferenciadas, não só enriqueceu esta experiência de estágio, como permitiu perceber que, aliado ao conhecimento teórico das especificidades de cada perturbação, deve prevalecer a sensibilidade para encarar o indivíduo como um ser holístico, com uma identidade particular.

Ao longo do tempo, a abordagem terapêutica foi sendo aprimorada, ficando facilitada a capacidade de análise e comunicação, conseguindo-se ultrapassar inseguranças e receios. O facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar coesa e disponível, revelou-se facilitador para a promoção da autonomia e desenvolvimento de competências, permitindo a observação de formas de abordagem diversas que influenciaram a construção da minha identidade enquanto terapeuta.

A flexibilidade desenvolvida revelou-se uma competência essencial no presente contexto de estágio, permitindo a adaptação das sessões às especificidades de cada utente no momento de intervenção, reorganizando atividades previamente planeadas, mas sem perder o rumo daqueles que são os objetivos equacionados. Esta forma de abordagem

permitiu reconhecer as necessidades emergentes no momento e potenciar as oportunidades de intervenção para a resolução das mesmas. Deste modo, mais do que planejar sessões tendo em conta os planos terapêuticos delineados, importa estar disponível para escutar desejos, necessidades ou preocupações, promovendo atividades significativas, que incitem à reflexão e, conseqüentemente, à mudança de comportamentos.

Adicionalmente, os registos realizados após cada sessão, facilitaram o processo de monitorização da intervenção, revelando-se complementares às avaliações formais realizadas e cruciais na recolha de observações qualitativas. Nalguns casos, através da comparação de registos de sessões consecutivas, foi possível identificar alterações significativas, e.g. na postura adotada ou na capacidade de partilha e reflexão, indicadores relevantes da modificação comportamental desejada.

Ainda que o processo de avaliação seja a premissa orientadora da intervenção psicomotora, permitindo a definição da intencionalidade terapêutica, as competências no âmbito da observação que o psicomotricista possui, são diferenciadoras para a relação estabelecida com o utente, para a compreensão integral do perfil de funcionamento do mesmo bem como da perceção da evolução terapêutica realizada.

Em suma, a presente experiência de estágio constituiu uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências, tanto a nível pessoal como profissional, determinantes para a construção da minha identidade enquanto psicomotricista.

## **Conclusão**

Considerando que as perturbações psiquiátricas constituem as principais causas de incapacidade e que as mesmas se encontram associadas a elevados custos sociais e económicos, o papel privilegiado que estas devem assumir, necessita de ocupar um lugar cimeiro não só no domínio da comunidade científica e clínica, mas também a nível político e da população em geral (Afonso, 2015).

A elevada prevalência de perturbações psiquiátricas na população adulta em Portugal, não deve ser descurada, sendo o segundo país europeu com prevalência mais elevada (Caldas de Almeida, 2018).

Tendo em conta os pressupostos supracitados, o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde mental, nomeadamente, pelas entidades do SNS, revela-se determinante, no sentido de assegurar a prestação de cuidados especializados a todos os utentes e cuidadores, agilizando o processo de reabilitação e integração social das pessoas com perturbações psiquiátricas (SNS, 2018).

Neste sentido, importa referir que a atividade desenvolvida pelo CHMT, desempenha um papel determinante, abrangendo um total de 266 mil habitantes, pelo que compreende um contexto promotor do desenvolvimento de aprendizagens sobre a prática clínica, assim como do aprofundamento de competências profissionais. A possibilidade de participar neste contexto de formação, possibilitou a integração numa equipa multidisciplinar, que intervém em diversas valências e articula com outros serviços tanto do centro hospitalar como da comunidade, ficando claro o papel de cada membro da equipa, provenientes de domínios de formação, não contemplados no meu plano de estudos.

Fazendo uma análise às unidades curriculares aprofundadas no primeiro ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, devo salientar a relevância dos temas lecionados em Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e em Neuropsicologia, considerando o seu contributo significativo para a prática terapêutica, uma vez que permitiu desenvolver a capacidade de raciocínio clínico e de planeamento, assim como refletir acerca de modelos de avaliação e intervenção, com base na experiência de colegas psicomotricistas, sob a orientação académica necessária. A possibilidade de assistir a partilhas feitas por profissionais da área da saúde mental demonstrativas dos conteúdos lecionados, facilitou a sua aquisição e, posteriormente, a sua aplicação no contexto de estágio.

Inevitavelmente, a relação estabelecida com cada utente, atribuiu a esta experiência um valor relacional particular, pois foi através dela que me descobri enquanto terapeuta. A descoberta diária, o empenho e a empatia foram variáveis constantes neste

percurso, mas só foram viáveis, pela confiança depositada por cada um dos utentes acompanhados.

Do mesmo modo, a intervenção com os familiares dos utentes também se revelou bastante gratificante e enriquecedora, na medida em que permitiu perceber o impacto da intervenção realizada, nos restantes contextos da vida do utente. Desta forma, ficou clara a imprescindibilidade do envolvimento das famílias no processo terapêutico dos utentes e na ampliação do trabalho desenvolvido em contexto clínico. Perceber a confiança e a expectativa que depositam no nosso trabalho, incrementou o sentido de responsabilidade enquanto terapeuta, movendo-me no sentido de explorar as potencialidades de intervenção, com a intenção de alcançar um rumo mais promissor e reabilitativo.

Desta forma, creio que os objetivos do estágio foram alcançados, tendo conseguido assumir de forma autónoma competências de “planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas em Reabilitação Psicomotora” (artigo, 3.º NRM RP, 2018 p.1), bem como a “capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas”, (artigo, 3.º NRM RP, 2018 p.2), objetivos do estágio já mencionados na componente introdutória do presente relatório. Fazendo uma análise global das competências terminais a que o estagiário se propõe, assim como dos restantes objetivos referentes aos domínios da intervenção psicomotora, à relação com outros profissionais e com a comunidade, presentes nos artigos 3.º e 4.º das Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2018), considero que os mesmo foram alcançados.

Posso assim afirmar que, os dois anos de formação de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, corresponderam às minhas expectativas iniciais, permitindo aprofundar conhecimento científico, corroborar a importância da supervisão na consolidação de competências profissionais e desenvolver a formação de um perfil de competências promotor de uma prática terapêutica mais confiante e diferenciada. Este período de formação veio ainda intensificar a necessidade de manter uma postura ativa na busca de conhecimento e competências de formação de cariz pessoal e profissional, aliciando a vontade de contribuir para a representação e valorização da psicomotricidade enquanto área científica.

Para além das competências científicas e profissionais adquiridas, reforço ainda o impacto desta experiência formativa, para a adoção de uma postura mais consciente para problemáticas do domínio da saúde mental, nomeadamente, a iniquidade de acesso aos cuidados de saúde, a insuficiência dos modelos comunitários, a iliteracia referente à doença mental e o estigma a esta associado.

## Referências bibliográficas

- Afonso, P. (2014). Esquizofrenia. In. M. Figueira, D. Sampaio, P. Afonso. (Eds.). *Manual de Psiquiatria Clínica* (1ªed. Vol.I, ppp. 241-256). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Afonso, P. (2015). *Quando a mente adocece – Uma introdução à psiquiatria e saúde mental*. Princípia.
- Aguiar, I. (2003). Relaxação terapêutica: uma forma de abordagem aos problemas do sono – descrição de uma prática e psicomotricidade. A Relaxação no contexto das perturbações do sono. *A Psicomotricidade* 1(2), pp. 62-70.
- Akintunde, T., Musa, T., Musa, H., Musa, I., Chen, S., Ibrahim, E., Tassang, A., Helmy, M. (2021). Bibliometric analysis of global scientific literature on effects of COVID-19 pandemic on mental health. *Asian Journal of Psychiatry*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102753>.
- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão Emocional – Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho]. <http://hdl.handle.net/1822/5943>.
- Alvarez, A. M., Gonçalves, L. I. T., Schier, J., Hammerschmidt, K. S. de A., Souza, B. C., & Valcarenghi, R. V. (2016). Grupo de apoio às pessoas com Doença de Parkinson e seus familiares. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 13(22), pp.92- 101. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2016v13n22p92>;
- Alves, A. A., e Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, pp. 127-131.
- American Psychiatric Association [APA]. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/ocd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf).
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (Fifth ed). American Psychiatric Association.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira, A.H., Tung, T.C., e Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34(3), pp. 367-374. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000300011>.

- Antunes, M. (2004). Atelier Comunicação Artística – Auto-conhecimento e exposição do “eu” – uma forma de abordagem das questões da psicomotricidade no processo de educação/formação. *A Psicomotricidade* 81-87;
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2012). Código Deontológico dos Psicomotricistas Portugueses. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2020/02/APP-Código-Deontológico.pdf>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*. Cruz Quebrada. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>.
- Barber, J., Connolly, M., Crits-Christoph, P., Gladis, L., Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027–1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Bastos, Ferreira e Guerra (2015). Perturbação Depressiva. In. M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp. 51-74). Lidel.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade* 1(2), pp. 20-26.
- Bouabdallaoui, A., Taouihar, S., El Aaidouni, G., Aabdi, M., Alkouh, R., Merbouh, M., ... Housni, B. (2021). The impact of mental health on COVID 19 disease progression: Case report. *Annals of Medicine and Surgery*, 68. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102543>.
- Browning, M., Larson, L., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., Cloutier, S., Vu, T., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E., D’Antonio, A., Helbich, Bratman, G. e Alvarez, H. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risks factors across seven states in the United States. *PLoS ONE*, 16(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>.
- Bufka, L. F., Crawford, J. I., & Levitt, J. T. (2002). Brief screening assessments for managed care and primary care. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of*

*assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 38–63). The Guilford Press.

Bulut, S. e Subasi, M. (2020). Group Therapy in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Open Journal of Medical Psychology*, 9, 150-159. 10.4236/ojmp.2020.94012.

Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.P. [CHMT]. (2014). Regulamento Serviço de Psiquiatria.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.P. [CHMT]. (2015). Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.P. (CHMT). (2016, abril 5). Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde. [http://portaisch.azurewebsites.net/chmt/wp-content/uploads/sites/27/2017/12/relatorio\\_acesso\\_cuidados\\_saude\\_2016.pdf](http://portaisch.azurewebsites.net/chmt/wp-content/uploads/sites/27/2017/12/relatorio_acesso_cuidados_saude_2016.pdf).

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.P. [CHMT]. (2021). Proposta para o Plano de Reestruturação durante o Confinamento.

Chastang, F. (2017). Contraintes du corps en psychiatrie. *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*. 15, pp.107-114. doi: <https://doi.org/10.4000/crdf.558>

Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais Amor Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. CLIMEPSI EDITORES;

Costa, J. (2003). Psicomotricidade Relacional. *A Psicomotricidade*. 1(1), pp. 42-46.

Decreto-Lei n.º 304/09 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série A, n.º 205/09. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/304-2009-483170>.

Decreto-Lei n.º 35/99 do Ministério da Saúde. (1999). Diário da República: I Série A, n.º 30/99. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/35-1999-169001>.

- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2004). Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Direção Geral de Saúde.
- Emck, C. e Scheffers, M. (2019). Psychomotor interventions for mental health: an introduction. In J. Lange, O. Glass, J. Busschbach, C. Emcke e T. Scheewe [Eds.]. Psychomotor interventions for mental health-Adults (pp.17-51). Boom;
- European Forum Psychomotricity. (2015). Statutes of the European Forum of Psychomotricity. [https://psychomot.org/wp-content/uploads/2011/10/statutes-english\\_2015.pdf](https://psychomot.org/wp-content/uploads/2011/10/statutes-english_2015.pdf).
- Fabião, C., Barbosa, A., Fleming, M., & Silva, M. C. (2011). INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES. *Acta Medica Portuguesa*, 24(3), pp. 439-448.
- Farias, L. & Silva, E. (2021). O PRECONCEITO SOFRIDO POR PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(3), 48. <https://doi.org/10.51161/rem/1452>.
- Favrod, J. & Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia*. Lusociência.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania*. Climepsi Editores.
- Ferreira, T. e Martinho, F. (2021). Perturbação Obsessivo-Compulsiva em Tempo de COVID-19: Uma Nova Pandemia?. *Acta Médica Portuguesa*. 34(2), 158-170.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(14), 2869–2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. Âncora Editora
- Fonseca, V. (2011). *Psicomotricidade e Neuropsicologia – Uma Abordagem Evolucionista*. Âncora Editora.
- Fovet, T., Hernout, J., & Pelissolo, A. (2017). *La sémiologie motrice dans les troubles anxieux et obsessionnels*. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 175(5), 469–473. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.03.005>.
- Frimodt, L. (2003). Corpo e Stress no adulto. *A Psicomotricidade*. 1(1), pp. 31-36.

- Fuchs, T., & Röhrich, F. (2017). Schizophrenia and intersubjectivity: An embodied and enactive approach to psychopathology and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(2), 127–142. [10.1353/ppp.2017.0018](https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0018).
- Fuentealba, R. G., & Bravo, C. A. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., e Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Polska*. 51(3), 407-411. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>.
- Glass, O. E Moeke-Muris, E. (2019). Psychomotor interventions for anxiety disorders. In J. Lange, O. Glass, J. Busschbach, C. Emcke e T. Scheewe [Eds.]. *Psychomotor interventions for mental health - Adults* (pp.89-109). Boom.
- Gupta, S. e Shukla, S. (2021). Non-motor symptoms in Parkinson's disease: Opening new avenues in treatment. *Current Research in Behavioral Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100049>.
- Haeyen, S., van Hooren, S. e Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45(), pp. 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.005>.
- Heller, M. (2012). *Body Psychotherapy: History, Concepts, Methods*. W.W. Norton & Co.
- Heynen, E., Roest, J., Willemars, G. & Hooren, S. (2017). The therapeutic alliance as a factor of change in arts therapies and psychomotor therapy among adults with mental health problems. *The Arts in Psychotherapy*. 55, 111-115. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.006>.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), pp. 547-560.
- Hosseini S. & Molla, M. Asperger Syndrome. (2021). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557548/#article-17890.s10>
- İçel, S., & Başoğul, C. (2021). Effects of progressive muscle relaxation training with music therapy on sleep and anger of patients at Community Mental Health

Center. *Complementary therapies in clinical practice*, 43.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101338>.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa: INE. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt).

Jara, J. (2007a). *Saúde Mental: Antologia de textos para utentes e familiares*. FNAFSAM.

Kalleian, E., Eserian, J., Garcia, Y., Cavalcanti, M., Suen, K., Bhavannani, A., ... Young, C. (2014). Clinical roundup: selected treatment options for depression. *Alternative and Complementary Therapies*, 20(1), 52-59. <https://doi.org/10.1089/act.2014.20110>.

Kamp, M., Haveman, Y., & Emck, C. (2019). Psychomotor interventions in acute psychiatric wards. In J. Lange, O. Glass, J. Busschbach, C. Emcke e T. Scheewe [Eds.]. *Psychomotor interventions for mental health-Adults* (pp. 204-220). Boom;

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).

Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1), 54–60. <https://doi.org/10.3109/13668250.2015.1094037>.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490–1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

Lack, C. e McMillan, S. (2015). What is Obsessive-Compulsive Disorder? In C. Lack, [Eds.]. *Obsessive-Compulsive Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment* (pp. 9-24). Onus Books.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976).

Lei n.º 36/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série A, n.º 169/1998. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/36-1998-424762>.

- Macedo, A. (2012). *SER OU NÃO SER (PERFEITO)? Perfeccionismo e Psicopatologia*. Lidel – edições técnicas, lda.
- Macuglia, G. R., Rieder, C. R., & Almeida, R. M. M. (2012). Funções executivas na doença de Parkinson: revisão da literatura. *Psico*, 43(4), 552-561. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5631489>.
- Maltez, J. e Barandas, R. (2015). Perturbação Obsessiva-compulsiva. In. M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp. 123-134). Lidel;
- Martins, R. (s.d.). Esquema de Tensões [Instrumento de Avaliação]. Documento não publicado, disponibilizado pelo autor.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental - O Corpo como Ponte entre a Emoção e a Razão. In V. Fonseca & R. (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. (pp.95-108). FMH Edições.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*. (Pp. 29-40). Edições FMH.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, pp. 85-95.
- Ministério da Saúde. (2021, Novembro 17). *Centro Hospitalar Médio Tejo – Apresentação*. <http://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>.
- Moreira, P., e Melo, A. (2005). Faz sentido falar-se de prevenção em saúde mental? In. P. Moreira e A. Melo (orgs.). *Saúde Mental – Do tratamento à prevenção*. Porto Editora.
- Nobre, S. (2019). Perturbação Obsessiva-compulsiva. In N. Antunes (e a equipa técnica do PIN) *Sentidos*. (pp.303-310). Lua de Papel
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (2018). Concelho Científico do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*, 4,103-111.
- Ojalehto, H., Abramowitz, J., Hellberg, S., Butcher, M. & Buchholz, J. (2021). Predicting COVID-19-related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions

- anxiety sensitivity, and body vigilance. *Journal of Anxiety Disorders*. 83, 102460. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102460>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Climepsi Editores.
- Parul. (2018). Assessing Mental Health Among Adults. *Community Mental Health J.* 54(5), 683-685. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0187-7>
- Peixinho, A., Azevedo, A. & Simões, R. (2006). Alterações Neuropsiquiátricas da Doença de Parkinson. *Psilogos*, 3(2), pp. 12-30.
- Perestelo, J., Melo, S., Mendes, G. & Lapa, G. (2017). Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Vinculação. *Psilogos*. 15(1), pp.120-129.
- Pestana, L. & Carmo, A. 2015. Psicofarmacologia. In. M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp. 395-409). Lidel.
- Pfefferbaum, B. & North, C. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. doi: [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017).
- Pierce, M., Hope, H., Forde, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S. & Abel, K. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet*. 7(10), pp. 883-892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4).
- Pireyre, E. & Haillant, S. (2007). Para uma compreensão psicomotora da fragmentação. *A Psicomotricidade* 9, pp. 9-19.
- Pontone, G. & Mills, K. (2021). Optimal Treatment of Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 530-540. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.02.037>.
- Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. In M. Huri. (Eds) *Occupational Therapy – Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*, 26-4. [10.5772/intechopen.68315](https://doi.org/10.5772/intechopen.68315).
- Probst, M. & Vliet, P. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspetiva flamenga. *A Psicomotricidade* 6, pp. 15-23.

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105-113;
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Direção-Geral da Saúde.
- Rajkumar, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, [10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066).
- Reddy, Y. C., Sundar, A. S., Narayanaswamy, J. C., & Math, S. B. (2017). Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 59(Suppl 1), S74–S90. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196976>.
- Roberts, M., Knestrick, J. & Resick, L. (2021). The Lived Experience of COVID-19. *The Journal for Nurse Practitioners*. 17(7), pp.828-832. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.04.013>.
- Rodrigues, D. & Lima, L. (2004). Dimensões da consciência corporal. *A Psicomotricidade* 4, pp. 46-55.
- Rodrigues, P., Barahona Corrêa, B. e Oliveira Maia, A. (2017). Mecanismos Cerebrais de Aprendizagem pelo Reforço na Perturbação Obsessivo-Compulsiva. *Psilogos*. 15(1), pp. 61-75.
- Röhricht, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders - an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 10(1), 51-67. <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2014.962093>.
- Röhricht, F., Gerken, S., Stupiggia, M., & Valstar, J. (2013). Clinical Roundup - Selected Treatment options for Anxiety. *Alternative and Complementary Therapies*. 19(6), 337-343. <http://doi.org/10.1089/act.2013.19603>.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). Obsessive Compulsive Disorder IN. *Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry* (10th ed.). pp. 604-612. LWW.
- Santana, T., Kohlsdorf, M., & Araujo, T. (2020). Suporte social e enfrentamento de pacientes com Doença de Parkinson e seus cuidadores familiares. *Psicologia Argumento*, 38(101), 465-488. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.101.AO04>.

- Santos, C. (2021). COVID-19 e Saúde Mental dos Adolescentes: Vulnerabilidades associadas ao uso de Internet e Mídias Sociais. *HOLOS*, 3, 1-14. <https://doi.org/10.15628/holos.2021.11651>.
- Santos, S. & Silva, D. (1997). Adaptação do *State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y* para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Scheewe, T., Deenik, J., Vries, B., Vilsteren, P. & Vancampfort. (2019). Psychomotor interventions for psychotic disorders. In J. Lange, O. Glass, J. Busschbach, C. Emcke e T. Scheewe [Eds.]. *Psychomotor interventions for mental health - Adults* (pp. 180-203). Boom.
- Secção Centro da Associação Portuguesa de Psicomotricidade (SCAPP). (2021). *Guia de Boas Práticas: Apoio à Intervenção Psicomotora com Adultos na Covid-19*. [https://drive.google.com/file/d/1lcsqUXWlknYwPWCOiyG3puhgZHKOCHhv/view?fbclid=IwAR1KelQbaZWnXgxYkuximhCjDrDrU\\_PDQsrBa92zZY2IYjB1hX-0WAWPEKE](https://drive.google.com/file/d/1lcsqUXWlknYwPWCOiyG3puhgZHKOCHhv/view?fbclid=IwAR1KelQbaZWnXgxYkuximhCjDrDrU_PDQsrBa92zZY2IYjB1hX-0WAWPEKE).
- Sequeira, C. (2016). Tipos de Comunicação. In. C, Sequeira (Coord), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 22-37). Lidel – edições técnicas, lda.
- Sequeira, C., & Carvalho, J. (2016). Comunicar com Pessoas com Esquizofrenia. In. C, Sequeira (Coord), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp.210-211). Lidel-edições técnicas, lda.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018). Programa Nacional para Saúde Mental. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>.
- Silva, D. e Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de estado-traço de ansiedade -Forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Simpson, H. (2020). Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. *Up to date*. <https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis#H408548144>.

- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2021). Centro Hospitalar Médio Tejo – Apresentação. Retirado no dia 05 de abril de 2021 do site: <http://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. IN I.Weiner & W. Craighead. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. doi: <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>.
- Stathopoulos, S. (2020). Physical Therapy in Mental Health?. *Journal of Rehabilitation Research and Practise*. 1(1), 1-3. doi: [10.51737/2766-4503.2020.010](https://doi.org/10.51737/2766-4503.2020.010).
- Storch EA, Sheu JC, Guzick AG, Schneider SC, Cepeda SL, Rombado BR, Gupta R, Hoch CT, Goodman WK. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on exposure and response prevention outcomes in adults and youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, ;295:113597. doi: [10.1016/j.psychres.2020.113597](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113597)
- Strecht, P. (2020). *O Corpo é que Paga – A Saúde Física e Mental dos Nossos Filhos*. Lisboa: Contraponto.
- Su, W., Liu, H., Jiang, Y., Li, S., Jin, Y., Yan, C., & Chen, H. (2021). Correlation between depression and quality of life in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 202, doi: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2021.106523>.
- Swami, V., Todd, J., Robinson, C., Furnham, A. (2021). Self-compassion mediates the relationship between COVID-19-related stress and body image disturbance: Evidence from the United Kingdom under lockdown. *Personality and Individual Differences*. 183. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111130>.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., e Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), pp. 317–320. doi: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Valeria, M. e Carmen, P. (2020). Psychomotor awareness and Health Emergency. In Search of the Body in Kindergarten, during COVID-19. *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusive*, 4(4). doi: <https://doi.org/10.32043/gsd.v4i4.230>.

- Vall-Roqué, H., Andrés, A. e Saldaña, C. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among adolescent and young women. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 110. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110293>.
- Vieira, J. (2013). Reabilitação Cognitiva na Esquizofrenia. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11(3,) pp. 22-42.
- Wilkinson, G., Moore, B., e Moore, P. (2005). *Tratamento da Depressão – Guia Prático de Medicina*. Climepsi Editores.
- World Health Organization (WHO). (2013). Mental health action plan 2013-2020. Genebra: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
- World Health Organization (WHO). (2018). Mental health: strengthening our response. Genebra: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Yao H., Chen J.H., Xu Y.F. (2020). Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102015>.
- Zsido, A. N.; Teleki, S., A.; Csokasi, K.; Rozsa, S.; Bandi, S. (2020). Development of the short version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Psychiatry Research*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113223>.

## Anexos

### Anexo A: Caracterização dos utentes acompanhados em Hospital de Dia (HD)

Caso	Idade	Género	Habilitações académicas/ Ocupação profissional	Diagnóstico clínico	Objetivos da integração HD	Plano terapêutico
CF	33 anos	masculino	Possui o 12º ano de escolaridade. Ainda integrou o ensino superior, porém desistiu alguns meses depois.  Teve alta do Hospital de Dia, em dezembro de 2020, para ingressar no mercado de trabalho.	Perturbação de Esquizofrenia	-Otimização da terapêutica psicofarmacológica; -Psicoeducação e promoção da adesão terapêutica; -Treino de aptidões sociais e ocupacionais; -Estruturação de objetivos de vida.	-Seguimento em ambulatório de psiquiatria (Consulta externa) -Monitorização da adesão ao regime terapêutico (administração injetável)
DL	30 anos	masculino	Possui o 12º ano de escolaridade. Frequentou o ensino superior durante um ano letivo, acabando por desistir com o aparecimento da sintomatologia psiquiátrica.  Não tem ocupação profissional.  Dá aulas de informática na universidade sénior, em regime de voluntariado.  Equacionada alta clínica com a possibilidade de retomar os estudos, no ensino superior.	Perturbação delirante  Ansiedade social em comorbidade	-Estabelecimento de rotinas; -Vigilância da psicopatologia e adesão ao regime terapêutico; -Treino de competências sociais; -Desenvolvimento de insight para a sintomatologia apresentada.	-Grupos terapêuticos -Acompanhamento psicoterapêutico
Estudo de caso I	61 anos	feminino	Tem o 12º ano de escolaridade.  Trabalhou enquanto Assistente Operacional em Geriatria.  À data da realização do estágio, a utente encontrava-se de baixa médica.	Perturbação Obsessivo-Compulsiva.  Prévio historial de episódios depressivos.	-Treino de competências sociais; -Reinserção no mercado laboral ou reintegração social/retoma da funcionalidade; -Reorganização de rotinas.	-Grupo terapêutico -Acompanhamento psicoterapêutico -Acompanhamento individual em Psicomotricidade

			Equacionada a possibilidade de reforma por invalidez.			
<b>JL</b>	55 anos	masculino	<p>Percurso escolar pautado por dificuldades de aprendizagem.</p> <p>Teve alguns trabalhos indiferenciados. Reformado por invalidez.</p> <p>Teve alta do Hospital de Dia, a fim de reingressar num centro de dia.</p>	<p>Esquizofrenia Paranóide</p> <p>Acompanhado em Serviço de Psiquiatria desde a adolescência.</p>	<p>-Assegurar adesão à terapêutica;</p> <p>-Reorganizar de rotinas;</p> <p>-Promover sociabilização,</p> <p>-Promover crítica para doença e sintomas;</p> <p>-Combater o sedentarismo.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Monitorização e adesão ao regime terapêutico (administração injetável)</p>
<b>RR</b>	62 anos	feminino	<p>Possui formação superior, tendo sido analista clínica e diretora de um laboratório de análises clínicas.</p> <p>Reformada.</p>	<p>Perturbação Afetiva Bipolar</p>	<p>-Promover a aquisição de rotinas diárias;</p> <p>-Psicoeducação sobre a doença;</p> <p>-Vigilância de sintomas e de adesão terapêutica.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p>
<b>PC</b>	32 anos	masculino	<p>Tem o 12º ano de escolaridade. Frequentou o ensino superior, porém desistiu com o surgimento da sintomatologia psiquiátrica.</p> <p>Sem atividade profissional. Auxilia nos negócios familiares (arrendamento imobiliário e manutenção das propriedades).</p>	<p>Esquizofrenia Paranóide</p>	<p>-Aprendizagem de rotinas;</p> <p>-Melhorar a adaptação ao quotidiano;</p> <p>-Fomentar círculos sociais;</p> <p>-Melhorar a supervisão terapêutica.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Acompanhamento psicoterapêutico</p>
<b>Estudo de caso II</b>	55 anos	masculino	<p>Possui o 12º ano de escolaridade.</p> <p>Desempenha funções administrativas no serviço militar.</p> <p>À data da realização do estágio encontrava-se de baixa médica.</p>	<p>Perturbação Depressiva</p> <p>Recente diagnóstico de parkinsonismo atípico e encaminhamento para serviço de neurologia de um hospital central.</p>	<p>-Diminuir o isolamento social;</p> <p>-Promover mecanismos de coping para lidar com crises ansiosas;</p> <p>-Ajustar a medicação com supervisão;</p> <p>-Promover a distração cognitiva.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Acompanhamento psicoterapêutico</p> <p>-Acompanhamento individual em Psicomotricidade</p>
<b>PC</b>	58 anos	masculino	<p>Tem o 9º de escolaridade, tendo terminado posteriormente equivalência</p>	<p>Perturbação Depressiva c/ episódios de ideação suicida, associados a</p>	<p>-Criar rotinas saudáveis;</p>	<p>-Grupo terapêutico</p>

			<p>ao 12ºano pela frequência do “Programa Novas Oportunidade”.</p> <p>Reformado.</p> <p>Cuidador informal da mãe, que se encontra demenciada e dependente de terceiros.</p>	<p>uma Perturbação da Personalidade (elevado neuroticismo e disfuncionalidade associada).</p> <p>Perturbação de abuso de substâncias.</p> <p>Sintomatologia ansiosa.</p> <p>Historial de várias tentativas de suicídio por IMV, com necessidade de internamento.</p>	<p>-Reabilitar-se na comunidade com ocupação funcional;</p> <p>-Ganhar crítica para a doença e para a importância de uma boa adesão terapêutica;</p> <p>-Ganhar crítica para os consumos.</p>	
<b>JS</b>	56 anos	masculino	<p>Possui o 12º ano de escolaridade.</p> <p>Trabalha como Maquinista.</p> <p>À data de realização do estágio, o utente encontrava-se de baixa médica.</p> <p>Equacionada alta clínica para integração em projeto na comunidade.</p>	<p>Perturbação delirante</p> <p>Ideação psicótica paranóide</p>	<p>-Estruturação de objetivos de vida;</p> <p>-Estruturação de rotinas diárias;</p> <p>-Prevenção do isolamento social;</p> <p>-Aquisição de estratégias de coping adaptativas.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Acompanhamento psicoterapêutico</p>
<b>CL</b>	24 anos	feminino	<p>Possui o 9º ano de escolaridade.</p> <p>Teve alta do Hospital de Dia para integrar formação profissional.</p> <p>Sem ocupação profissional prévia.</p>	<p>Perturbação Personalidade (episódios depressivos com comportamento autolesivo)</p> <p>Perturbação de ansiedade de separação (seguimento prévio em pedopsiquiatria)</p>	<p>-Promover autonomia;</p> <p>-Reabilitação profissional;</p> <p>-Ensinar competências sociais;</p> <p>-Desenvolver estratégias de coping adaptativas.</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Acompanhamento psicoterapêutico</p>
<b>AS</b>	55 anos	feminino	<p>Tem formação superior.</p> <p>Foi professora de línguas (português e francês) do ensino secundário.</p> <p>Reformada por invalidez.</p>	<p>Perturbação Esquizoafetiva</p>	<p>-Vigilância da sintomatologia apresentada;</p> <p>-Vigiar e promover a adesão terapêutica;</p> <p>-Psicoeducação sobre a doença;</p>	<p>-Grupos terapêuticos</p> <p>-Acompanhamento psicoterapêutico</p>

			Teve alta para ingressar em projetos na comunidade, nomeadamente, em atelier de pintura da universidade sénior.		-Promover a socialização; -Aquisição de rotinas de vida diária.	
<b>AN</b>	62 anos	masculino	Tem o 4º ano de escolaridade. Trabalhou como operário fabril. Atualmente reformado. Teve alta para ingressar no centro de dia.	Perturbação depressiva Episódios de epilepsia em comorbilidade	-Estruturação de rotinas diárias; -Promover a capacitação de estratégias de organização; -Aquisição de estratégias de coping adaptativas; -Psicoeducação sobre a doença.	-Grupos terapêuticos
<b>IG</b>	26 anos	feminino	À data do presente estágio, a utente encontrava-se a concluir o ensino secundário. Sem ocupação profissional. A aguardar vaga para comunidade terapêutica.	Psicose Esquizoafetiva tipo Paranoide	-Treino de competências sociais; -Incentivar a resiliência perante adversidades; -Estabelecimento de relação terapêutica; -Psicoeducação; -Promover o insight; -Promover e incentivar a adesão terapêutica.	-Grupos terapêuticos
<b>AC</b>	27 anos	feminino	Identificadas dificuldades de aprendizagem no decorrer do seu percurso escolar. Sem ocupação profissional. Teve alta clínica para integrar projetos de voluntariado na comunidade.	Debilidade mental ligeira. Síndrome esquizofreniforme com atividade alucinatória auditiva. Seguimento prévio em Pedopsiquiatria. Antecedentes de epilepsia.	-Vigiar psicopatologia; -Promover a socialização; -Psicoeducação sobre a doença e estratégias para gerir sintomas.	-Grupos terapêuticos
<b>SA</b>	57 anos	feminino	Sem ocupação profissional. Integrou formação profissional na área da Geriatria.	Luto patológico (episódio depressivo grave), com anorexia em comorbilidade e ideação	-Promover a socialização e aquisição de rotinas;	-Acompanhamento psicoterapêutico -Grupo terapêutico

				suicida. Antecedentes depressivos prévios.	-Psicoeducação sobre estratégias de coping adaptativas.	
<b>MA</b>	23 anos	feminino	Percurso escolar marcado por diversas dificuldades de aprendizagem.  Têm equivalência ao 9ºano de escolaridade, através de formação profissional, frequentando pontualmente outras formações equivalentes.	Debilidade mental moderada.  Doença Afetiva bipolar, com episódios psicóticos.  Seguimento prévio em pedopsiquiatria por quadro clínico de perturbação psicótica em associação com dificuldade intelectual.	-Desenvolver a capacidade de lidar com a frustração;  -Desenvolver competências sociais;  -Desenvolver estratégias de coping adaptativas.	-Acompanhamento psicoterapêutico  -Grupos terapêuticos
<b>AR</b>	44 anos	masculino	Experiência profissional no âmbito da mecânica automóvel, durante vários anos.  Teve alta clínica para reingressar no mercado de trabalho	Perturbação Bipolar	-Estabelecimento de rotinas;  -Aquisição de estratégias de coping adaptativas;  -Estabelecimento de objetivos de vida;  -Prevenir o isolamento social;  -Promover o insight face à sua doença e aos seus comportamentos;	-Acompanhamento psicoterapêutico  -Grupos terapêuticos
<b>PL</b>	51 anos	masculino	Reformado por invalidez.  Desempenhou funções enquanto assistente operacional num estabelecimento de ensino.	Perturbação depressiva recorrente.  Acompanhado em Serviço de Psiquiatria há cerca de 20 anos, tendo vários internamentos nos últimos anos.	-Aquisição de estratégias de coping adaptativo;  -Vigilância da adesão terapêutica;  -Estruturação de objetivos de vida.	-Acompanhamento psicoterapêutico;  -Grupos terapêuticos
<b>AA</b>	21 anos	feminino	Possui o 12º ano de escolaridade.  Frequentou o ensino superior, no curso de Serviço Social, tendo desistido no final do primeiro ano.	Perturbação da personalidade.  3 internamentos no serviço por quadro	-Esclarecimento do quadro clínico;  -Vigilância da adesão à terapêutica;	-Acompanhamento psicoterapêutico  -Grupos terapêuticos;

---

Desempregada.

Equacionada alta clínica com a possibilidade de retomar os estudos, no ensino superior.

---

depressivo com ideação suicida.

-Aquisição de estratégias de coping adaptativas;

**Anexo B: Panfleto elaborado no âmbito do núcleo de estágio e disponibilizado no serviço**

O **corpo** é o meio pelo qual nos desenvolvemos e aprendemos

**EU SOU UM CORPO QUE...**

SENTE EXPRESSA  
EXPERIENCIA  
EXISTE VIVE

**Psicomotricidade na Saúde Mental do Adulto**

**CORPO VIVIDO**  
**CORPO PENSADO**  
**CORPO PERCEBIDO**

É através do corpo que modelamos os nossos processos psíquicos.

Criado por: Ana Batista, Mariana Barahona, Mariana Barroso, Ana Gonçalves e Rui Martins

U LISBOA | UNIVERSIDADE DE LISBOA **f** MH FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

## Terapia Psicomotora

Inserida na dinâmica de uma equipa multidisciplinar, a psicomotricidade atua com a corporalidade no movimento através de ações conscientes e intencionais, que potenciam a capacidade de sentir e pensar o corpo.

Esta capacidade fornece ao indivíduo a possibilidade de equilibrar e organizar os seus processos psíquicos.

A intencionalidade do psicomotricista e a intervenção através do movimento, na sua dimensão psíquica e corporal, contribui para a perceção dos vários sintomas, bem como a compreensão da sua origem, permitindo a modelação do comportamento.

As metodologias utilizadas são provenientes de:

- Terapias expressivas;
- Técnicas de relaxação;
- Técnicas de consciencialização corporal;
- Técnicas gnoso-práticas;
- Atividade motora adaptada.



## Características psicopatológicas de abordagem prioritária

- Sintomas somáticos;
- Dificuldades de autorregulação comportamental;
- Problemas psicomotores específicos (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, motricidade grossa e fina);
- Problemas neurocognitivos;
- Alterações na perceção da realidade;
- Dificuldades da expressão verbal e de mentalização (capacidade de compreender e interpretar diferentes estados mentais, em si e no outro);
- Dificuldades de expressão corporal e comunicação não verbal.

## Indicação terapêutica para as seguintes perturbações:

- Perturbações da ansiedade;
- Perturbações do humor;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Perturbações somatoformes;
- Perturbações psicóticas.



## Objetivos Terapêuticos

- Aumentar a consciencialização corporal, identificando o corpo como instrumento de expressão e comunicação no espaço e no tempo;
- Reconstruir e organizar as perceções e ações dentro de uma estruturação espaciotemporal adaptada à realidade;
- Aumentar a tolerância à frustração;
- Favorecer a gestão emocional (gestão das relações em grupo empatia, autorregulação);
- Melhorar a autoestima por meio da vivência positiva da sua imagem corporal;
- Favorecer o relacionamento interpessoal num espaço corporal sentido e percebido;
- Desenvolver a capacidade de autorreflexão;
- Promover a autonomia na realização de tarefas;
- Melhorar a capacidade de mentalização.



## Anexo C: Poster apresentado no *World Congress of Psychiatry 2020/2021*

### Psychosomatic Relaxation in the context of Psychomotor Therapy, in Anxiety Disorders

#### Anxiety Disorders

Individuals with Anxiety Disorders (AD) experience marked and persistent fear and anxiety, with a significant impact on their own lives<sup>1</sup>. Fear occurs as a result of perceived imminent threat whereas anxiety is a state of anticipation about future threats<sup>2</sup>.

Anxiety is a state of physiological alert, increasing, among others, cardiovascular activity, muscle tension, sweating, shortness of breath and hyperventilation<sup>3,4,5</sup> caused by the activation of the autonomic nervous system<sup>5</sup>. These feelings of tension and discomfort are related to the increased of subjective perception of these symptoms, contributing to a negative emotional state<sup>4,6</sup> and culminating in an ineffective coping<sup>7</sup>.

Pathological anxiety has a significant impact in people's lives<sup>8,9</sup>, since it carries somatic symptoms, low self-esteem and self-concept, excessive rumination, difficulties in attention processes and emotional regulation<sup>4,9,10</sup>. In addition, at the social level it can lead to abandoning education or employment, ceasing leisure activities, and a decrease in social relationships<sup>11</sup>.

#### Psychomotor therapy in Anxiety Disorders

Psychomotor therapy focuses on the unity of mind and body, using body and movement mediation through multiple receptive and expressive motor activities to enhance

the cognitive, emotional, social and motor aspects of the individual's development<sup>12,13</sup>.

Considering the mental health practice, multiple movement and body-oriented therapies are used to reduce psychiatric symptoms, recover psychosocial development and the individual global functioning<sup>14</sup>.

Psychomotor therapy is focused on the close relation between action and its implicit representation of emotional and cognitive impact that has been increasingly used in psychiatric disorders<sup>10,15,16</sup>. Psychosomatic Relaxation techniques, specifically used in psychomotor intervention, are very effective in the promotion of mentalization in individuals with AD, mainly due to the somatization processes they experience<sup>10,17</sup>.

#### Psychosomatic Relaxation in Anxiety Disorders

Psychosomatic Relaxation is a methodology that allows access to a state of neuromuscular relaxation, which acts at the psychophysiological level in response to anxiety<sup>17</sup>. Currently, it is considered that the activation of systems underlying the state of anxiety can be reduced by decreasing the activation of the muscular system<sup>18</sup>. The conscient identification of sensorial and perceptual states, its comprehensive relation with implicit emotional state and the capacity to regulate it, as well as transfer of these competences to daily behavior, are the main processes of this therapeutic approach<sup>5,10,17,18,19</sup>.

Table 1. General Strategies for the intervention process

Strategies	Justification
Explaining the objectives and procedures of psychosomatic relaxation therapy and establishing the therapeutic contract	Preparing for the action to come, allowing the individual some anticipatory security about the therapeutic process <sup>20</sup>
Brief description about general sequence of activities in each session	Preparing the individual for the activity through verbal and gestural indication <sup>20</sup>
Establish a therapeutic relationship based on trust, security and confidence	Using the tonic-emotional dialogue to provide a comprehensive communication based on non-verbal cues, progressively transformed into verbal signification <sup>17</sup>
Beginning with relaxation techniques focused on the body sensations and progressing to more abstract and representative relaxation techniques	Using a concrete to abstract approach to promote the insight (first, focusing on body sensations – concrete experience – and then progressing to the ability of emotional and cognitive signification of the experience) <sup>21</sup>
Starting with more directive activities and progressing to activities regulated more autonomously by the individual	Providing security by the use of external instruction and guidance <sup>20</sup>
Interpersonal relation managed by progressive physical approximation using objects as mediators	Using initially a supportive mediator to the activity, help the anxiety levels decrease <sup>22</sup>

#### Final Considerations

The specificity of Psychomotor Therapy lies in the focus it gives to body manifestations and their meanings. The intervention is flexible and adaptable to the characteristics of each individual, while maintaining the basic objective of mediating the search for change in the individual's self-conscience and consequently towards self-regulation in the different contexts of action<sup>22</sup>.

In Portugal, psychomotor therapy is a recognized profession certified by a university training relative to 3 years bachelor and 2 years master's degree.



SCAN ME

Copyright © 2020

Rui Martins \*, Ana Cláudia Batista \*\*, Ana Sofia Gonçalves \*\*, Mariana Barahona \*\*, Mariana Barroso \*\*,

\*Associate Professor, Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon, Portugal | \*\*Bachelor in Psychomotor Therapy, Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon, Portugal

Contacts: [rmartins@fmh.ulisboa.pt](mailto:rmartins@fmh.ulisboa.pt) | [mariana\\_barroso@hotmail.com](mailto:mariana_barroso@hotmail.com)



## Anexo D: Apresentação de Estudo de Caso à Equipa de Psiquiatria do CHMT



Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana  
Mestrado em Reabilitação Psicomotora - 2º ano



# A terapia psicomotora no Serviço de Psiquiatria do CHMT

## Apresentação de um estudo de caso

Mariana Barroso

Orientador académico: Professor Doutor Rui Martins  
Orientador local: Terapeuta Carina Pinto

## Índice



**01**

### Enquadramento da Prática Profissional

1. A Intervenção Psicomotora
2. Representação profissional
3. Enquadramento do Psicomotricista nas Equipas de Saúde Mental



**02**

### Estudo de Caso

1. Dados pessoais
2. Motivo de encaminhamento e diagnóstico
3. História pessoal
4. História clínica
5. Plano terapêutico atual
6. Intervenção em Psicomotricidade



**02**

### Estudo de Caso

7. Perfil intraindividual
8. Fatores de risco e proteção
9. Hipóteses explicativas
10. Objectivos terapêuticos
11. Estratégias de intervenção
12. Avaliação inicial VS Avaliação final
13. Percurso na intervenção



**03**

### Referências bibliográficas

# 01

## Enquadramento teórico



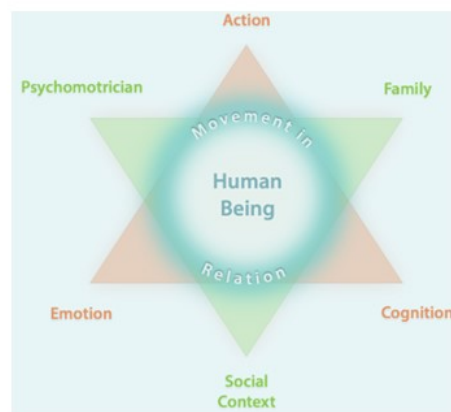
A Intervenção Psicomotora

### A Intervenção Psicomotora

Tem por base uma visão holística do ser humano, da unidade do corpo e da psique, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais na capacidade de ser e de agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial.

#### Terapia de mediação corporal

Permitir ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições do envolvimento, construindo uma maior capacidade adaptativa



European Forum of Psychomotricity (2012); Maximiano (2004)

## Representação profissional

- Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP) federação de países onde se pratica a Psicomotricidade - link: <https://psychomot.org/>



ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA de  
PSICOMOTRICIDADE

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) - link: <https://www.apppsicomotricidade.pt/>
  - Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses
  - Código Deontológico dos Psicomotricistas Portugueses

## Enquadramento do Psicomotricista nas Equipas de Saúde Mental

A Direção Geral da Saúde [DGS], considera a integração de novos profissionais nas equipas de saúde mental como os psicomotricistas, musicoterapeutas e arte-terapeutas de forma a complementar as respostas no atendimento em saúde mental.

A Comissão Nacional para a Regulamentação da Saúde Mental [CNPRSS], recomenda a integração de psicomotricistas nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental.

A Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência [RRHPIA], refere que “A Psicomotricidade deverá ser uma valência a considerar nas intervenções terapêuticas, tendo em conta a experiência clínica positiva no internamento pedopsiquiátrico do CHLC-HDE [Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia], recomendando-se um técnico de Psicomotricidade a 1/2 tempo” (RRHPIA, 2018, p.42).

CNPRSS (2007); DGS (2004); RRHPIA (2018)

---

## Psicomotricidade no contexto de Saúde Mental: exemplo

Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca



↳ Psicomotricistas desempenham a sua atividade em articulação com as Equipas de Psiquiatria de Ligação, Comunitárias e de Pedopsiquiatria

Unidade Funcional Comunitária



Atividades de avaliação, de intervenção e de reabilitação psicossocial

Equipas Comunitárias compostas por: Psiquiatra, Psicóloga, Psicomotricista e Terapeuta Ocupacional

Cardoso e Maia (2009)

---

# 02

## Estudo de Caso

---

## Dados pessoais

**Nome:** F.

**Género:** feminino

**Idade:** 61 anos

**Habilitações académicas:** 7º ano complementar de germânicas

**Situação profissional:** auxiliar de Geriatria (atualmente de baixa médica)

**Agregado familiar:** vive com a sua filha mais nova (29 anos)



## Motivo de encaminhamento e diagnóstico

Prévio historial de episódios depressivos, pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, reativos a eventos de vida



Ocorrência de incidente no local de trabalho, com agravamento da sintomatologia obsessivo-compulsiva

Encaminhada pelo médico de Medicina Geral e Familiar

Diagnóstico: Perturbação Obsessivo Compulsiva

---

## História pessoal



---

## Informações do processo clínico

“Sempre fui perfeccionista, com muita atenção à ordem e simetria das coisas principalmente depois de perder a minha mãe, pois achava que se fizesse as coisas bem, a deixaria orgulhosa.”



“Sinto que nunca ultrapassei a morte da minha mãe”



Usa a aliança da mãe

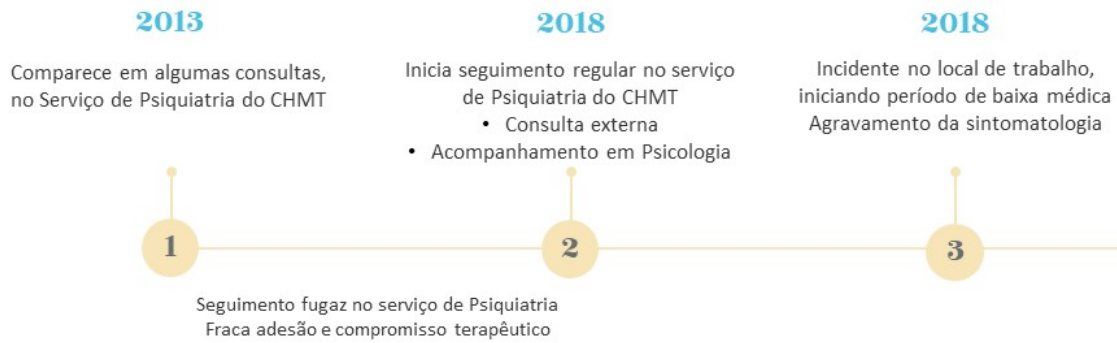
“O meu pai voltou a casar de repente”

“Intrusão constante de episódios do lar - é a morte, os velhinhos”

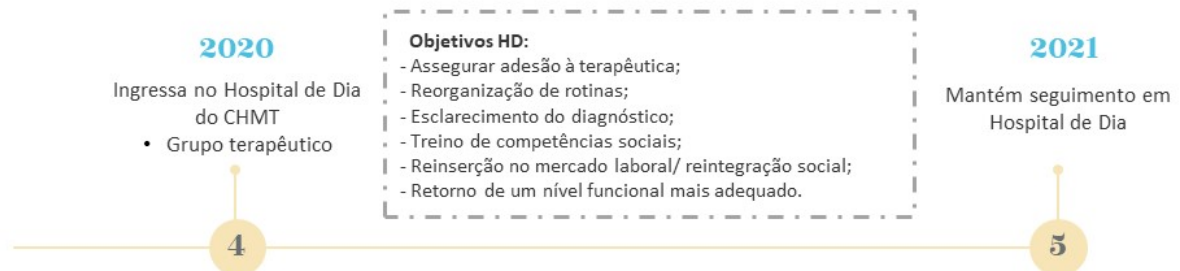
“Fez –me lembrar o acidente da minha mãe, acho que reavivou tudo.”

---

## História Clínica: Cronologia



## História Clínica: Cronologia



## Plano terapêutico atual

Acompanhamento e monitorização farmacoterapêutica /consulta externa  
Psiquiatria



Acompanhamento psicoterapêutico -  
Psicologia

Acompanhamento individual -  
Psicomotricidade

Intervenção em grupo terapêutico -  
Psicomotricidade

## Intervenção em Psicomotricidade: Plano terapêutico

Grupo terapêutico  
Psicomotricidade  
(Outubro)

1 x/ semana

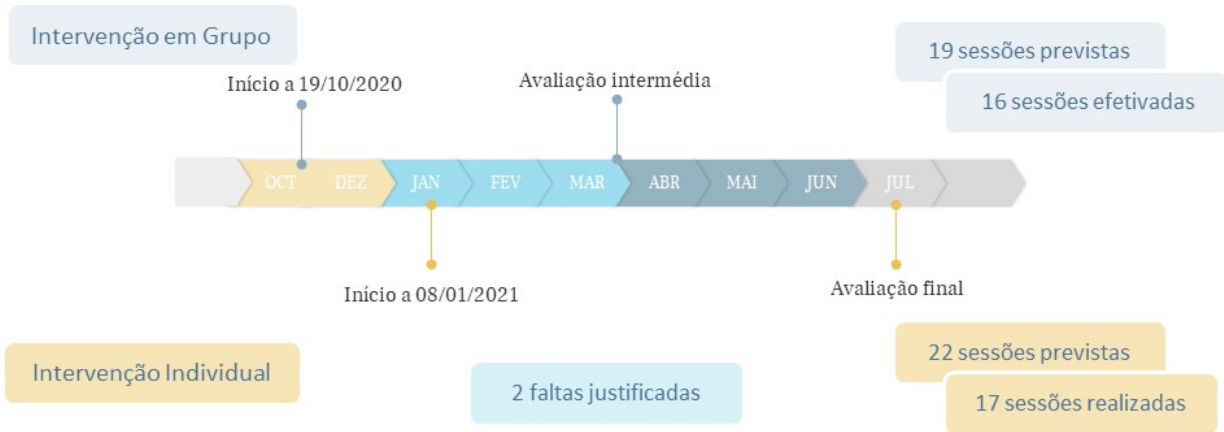


Intervenção individual  
Psicomotricidade  
(Janeiro)

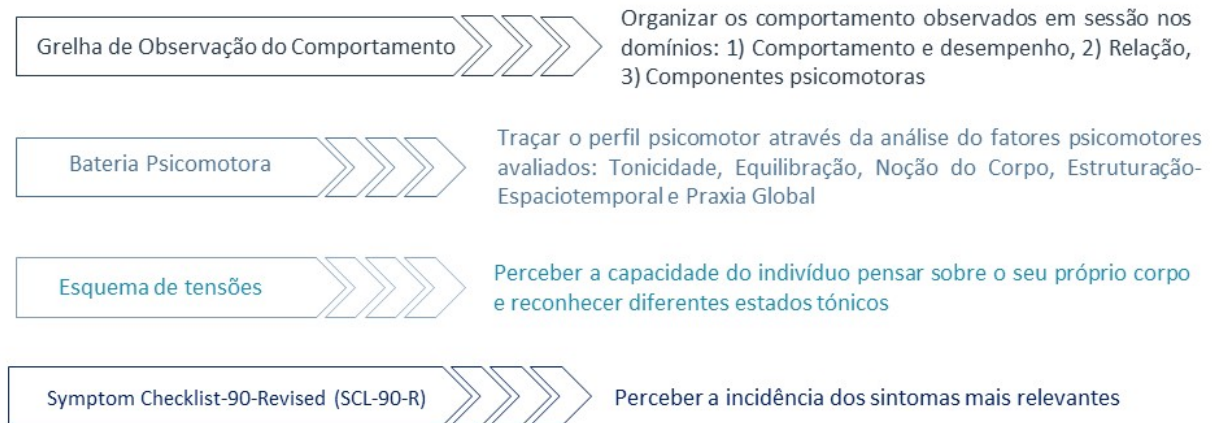
2 x/semana

- Promover de competências de relacionamento interpessoal;
- Diminuir sintomas depressivos e ansiosos;
- Promover a capacidade de mentalização;
- Promover a regulação tônico-emocional;
- Melhorar a noção do corpo.

## Intervenção em Psicomotricidade: cronologia



## Intervenção em Psicomotricidade: avaliação



---

## Perfil intraindividual

### Áreas Fortes

- Empenho nas dinâmicas;
- Envolvimento terapêutico;
- Preservação de competências cognitivas, alguma crítica e *insight*;
- Capacidade de planeamento;
- Atenção e compreensão;
- Competências de comunicação verbal;
- Criatividade;
- Controlo postural adequado;
- Organização espacial.

### Áreas de Vulnerabilidade

- Elevada racionalização;
  - Intolerância à dúvida;
  - Flexibilidade cognitiva;
  - Controlo inibitório;
  - Organização compulsiva dos materiais;
  - Ansiedade de desempenho - perfeccionismo na execução;
  - Rigidez muscular e hipercontrolo
  - Capacidade de descontração voluntária, aparentando baixa perceção dos estados tónicos;
  - Esquema e imagem corporal.
- 

---

### Fatores de Risco

- Perda abrupta de figura de vinculação;
- Integração em colégio religioso interno;
- Vivência conjugal conflituosa;
- Acolhimento de irmão toxicodependente em casa;
- Filha com Perturbação do Stress Pós-Traumático;
- Situação financeira frágil;
- Neto com Síndrome de Asperger;
- Contexto pandémico.

### Fatores de Proteção

- Filhas como elementos protetores na sua vida;
  - Relação de proximidade com o pai;
  - Acesso a recursos de expressão artística no domicílio;
  - Residência em zona rural, com proximidade a recursos naturais.
-

---

## Hipóteses explicativas

Fatores de ordem emocional

Mudanças de rotinas, vivência de situações traumáticas na infância que desencadeiam medo intenso ou percepção de falta de controlo



Níveis elevados de ansiedade

Dificuldade em permanecer numa tarefa que considere menos agradável

**Um terço dos adultos com POC inicia sintomas na infância e adolescência**

(APA, 2013; Maltez e Barandas, 2015; Nobre, 2019)

---

---

## Hipóteses explicativas

Fatores de ordem cognitiva

**Capacidade intelectual elevada** pode potenciar o desenvolvimento de obsessões mais elaboradas, dúvidas e preocupações mais complexas.

**Rigidez de pensamento** considerar estratégias de resolução de problemas  
→ fixação em determinados pensamentos e comportamentos

**Capacidade de *insight*** - competência para o próprio compreender a articulação entre as obsessões/compulsões e a ansiedade que geram

(Nobre, 2019)

---

## Hipóteses Explicativas

### Comorbilidade

POC e perturbação depressiva → intensifica a presença de ideias ruminativas associadas a ambos os quadros clínicos (Maltez e Barandas, 2015)



As perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas em comorbilidade com a POC são **Perturbações da Ansiedade** (76%), **Perturbações do humor** (63%), mais frequentemente **perturbação depressiva major** (41%) (Simpson, 2015)

**Traços de personalidade depressivos** podem ter origem em perdas afetivas cumulativas na primeira infância e limitação /proibição excessiva do comportamento espontâneo e reativo; ou seja carência afetiva e repressão precoces (Coimbra de Matos, 2012)

## Hipóteses Explicativas

### Contexto pandémico

Sintomas mais prevalentes da POC → Medo de contaminação, lavagem e limpeza excessiva

**Intolerância à incerteza** e o **sentido acrescido de responsabilidade** pelo próprio e pelo outro → Aumentam a ambiguidade

**Indivíduos** com **POC** particularmente em risco para consequências adversas na sua saúde mental

Agravamento dos sintomas de POC durante o contexto pandémico

Storch et al. (2021)

---

## Objetivos terapêuticos: Domínio socioemocional

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Melhorar a adequabilidade na relação</b>	-Diminuir o distanciamento interpessoal;
<b>Diminuir sintomas depressivos e ansiosos</b>	-Aumentar a capacidade de descontração voluntária (aceder à passividade);  -Identificar e reconhecer estados de contração descontração;
<b>Promover a capacidade de mentalização</b>	-Melhorar a expressão verbal, corporal e/ou gráfica de sentimentos experienciados na sessão ou factos do quotidiano;

---

---

## Objetivos terapêuticos: Domínio cognitivo

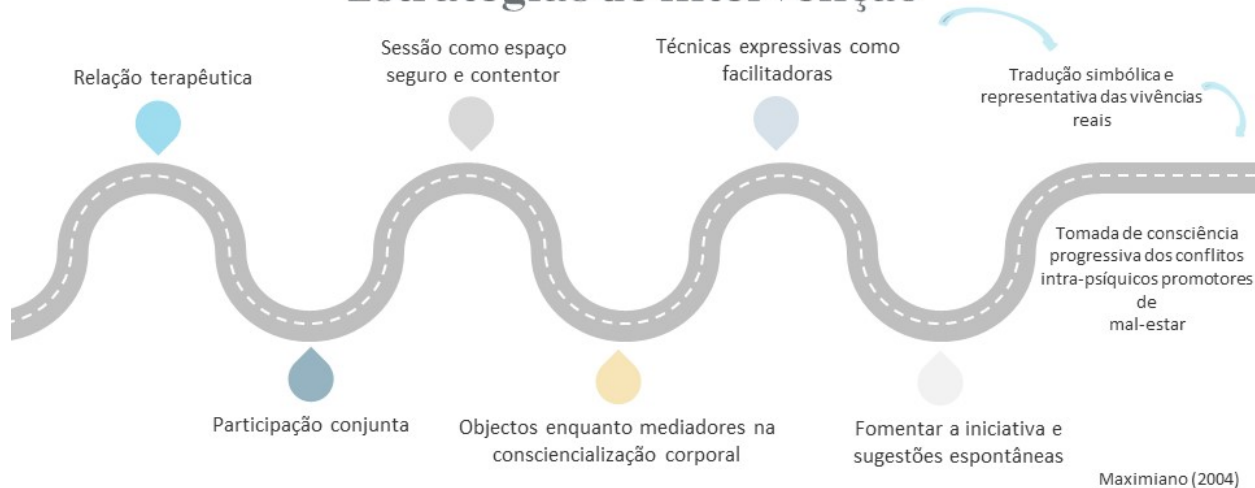
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Promover as funções executivas</b>	-Melhorar a flexibilidade cognitiva (lidar com incerteza/imprevisibilidade);  -Melhorar o controlo inibitório (impulsos, obsessões e compulsões);

---

## Objetivos terapêuticos: Domínio psicomotor

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Promover a regulação tônico-emocional</b>	- Identificar e reconhecer diferentes estados tônicos; - Melhorar a regulação dos estados tônicos; - Promover a aceitação do toque do outro como promotor de relaxação;
<b>Promover a noção do corpo</b>	- Melhorar a noção de esquema corporal; - Melhorar a capacidade de imitação de gestos (sequências, movimentos coordenados); - Aumentar a percepção dos limites corporais; - Melhorar a capacidade representativa do próprio corpo

## Estratégias de Intervenção



## Estratégias de Intervenção



### Corpo hipercontrolado

Um corpo mecanizado, censurado e desacreditado pelo pensamento, esquecido e sem referências tónico-emocionais



### Redução da defensividade

Aprender a aceitar e processar emoções e sensações corporais

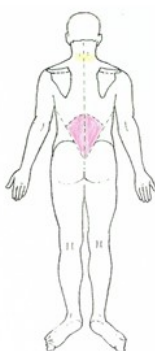
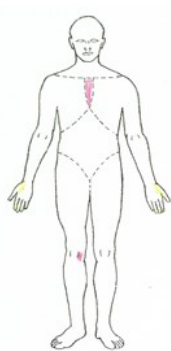


### Harmonia da expressão corporal

Vivência de experiências significativas, que promovam o *insight* e, conseqüente, a alteração do comportamento

Glass e Moeke-Muris (2019); Novais (2004); Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010)

## Avaliação inicial VS final: Esquema de Tensões



Avaliação inicial  
08/01/2021

Avaliação final  
09/07/2021

## Avaliação inicial VS final: Desenho do Corpo



Avaliação inicial



Avaliação final

## Percurso na Intervenção

Postura hipercontrolada e defensiva;

Recusa de dinâmicas de relaxação realizadas no colchão, relacionando-as com “derrota” e “desistência” (sic);

Distanciamento do colegas do grupo terapêutico e inibição da participação;

Atitude pessimista face ao seu desempenho nas dinâmicas – foco no resultado final.

Postura mais empática e disponível;

Maior abertura e flexibilidade para aceder a estados de descontração muscular;

Valorização e participação ativa na intervenção grupal;

Postura mais recetiva à experimentação, arranjando estratégias alternativas.

## Percurso na Intervenção



Mais iniciativa e envolvimento terapêutico

Aumento da capacidade de verbalização de sentimentos e emoções, relacionando-os com a sua história de vida e o seu quotidiano

Menor resistência à descontração neuromuscular



*“Para sermos não só documentadores mas também estarmos conscientes daquilo que documentamos, é necessário ligar objetos e processos ao nosso organismo, é necessário estabelecer o nosso organismo como o dono dos objetos e dos processos.”*

*(Damásio, 2020, p. 218)*

---



# Obrigada pela atenção!


---



---



## Referências Bibliográficas

- APA-American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais;
  - Cardoso, G. e Maia, T. (2009). Serviços Psiquiátricos na Comunidade com Base no Hospital Geral: Um Modelo Português. *PsiLogos*, 7(1), 54-66;
  - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa: Ministério da Saúde;
  - Coimbra de Matos, A. (2012). Mais Amor- Menos Doença. A Psicossomática Revisitada. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES;
  - Damásio, A. (2020). Sentir & Saber – A Caminho da Consciência. Lisboa: Círculo de Leitores;
  - Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
  - European Forum of Psychomotricity [EFP]. (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Obtido de [https://psychomot.org/documents-inventory/professional\\_competences\\_2012.pdf](https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf);
  - Glass, O. e Moeke-Muris, E. (2019). Psychomotor interventions for anxiety disorders. In J. Lange, O. Glas, J. Busschbach, C. Emck e T. Scheewe [Eds.] *Psychomotor interventions for mental health – Adults*. Amsterdam: Boom;
- 
- 

---

## Referências Bibliográficas

- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES;
- Maltez, J. e Barandas, R. (2015). Perturbação Obsessiva-compulsiva. In M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp. 123-134). Lisboa: Lidel;
- Maximiano, J. (2004). Psicometricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos*, 1(1), 85- 95. doi: 10.25752/psi.6089.
- Nobre, S. (2019). Perturbação Obsessiva-compulsiva. In N. Antunes (e a equipa técnica do PIN) *Sentidos*. (pp.303-310). Alfragide: Lua de Papel;
- Novais, R. (2004). Psicometricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicometricidade* 4 (103-111);
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105-113;
- Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência [RRHPA] (2018). Sistema Nacional de Saúde. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH-Psiquiatria-da-Infancia-e-da-Adolescencia-Aprovada-09-10-2018.pdf>
- Simpson, H. B. (2015). *Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder in adults*. *Up to date*.
- Storch EA, Sheu JC, Guzick AG, Schneider SC, Cepeda SL, Rombado BR, Gupta R, Hoch CT, Goodman WK. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on exposure and response prevention outcomes in adults and youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, ;295:113597. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113597.