



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## Intervenção Psicomotora em Saúde Mental de Adultos em Contexto Hospitalar - Hospital de Egas Moniz

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

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Professora Doutora Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Maria Fragoso Melo

2014

Não se trata nem de aniquilar nem de domesticar; a doença veio e tu, como bom hospitaleiro, deixaste-a entrar, e cedeste-lhe até a melhor das tuas cadeiras. Mas eis que a hóspede parece não querer levantar-se, nenhum indício revelou até agora (e quantos dias passaram? semanas, meses?) de algo que se assemelhe ao início de uma cordial e bem-educada despedida. Olhas bem para ela, finalmente, da tua cadeira cada vez mais desconfortável, e como que medes, com os olhos, a sua força e eventualmente os seus amigos – hesitando assim entre ser rude, expulsando-a à força, e aceitar as circunstâncias com um certo desportivismo. E dada a tua gentileza invulgar, que desde infância te elogiam, inclinas-te por fim para a segunda solução: és tu, pois, que te levantas para sair, incitando-a a não deixar de comer da cozinha os teus últimos alimentos, e deixando-lhe então, por completo, e com um último olhar de entendimento, toda a casa por sua conta.

Gonçalo M. Tavares in *Breves Notas sobre o Medo* (2007, p.27)

## AGRADECIMENTOS

- I. Primeiramente obrigado aos meus pacientes pela partilha que se proporcionou, pois é por eles que este trabalho faz sentido;
- II. Obrigado à Dr.<sup>a</sup> Teresa Trindade pelo contacto estabelecido, pois sem esse este estágio não teria sido possível;
- III. Obrigado ao Professor Rui Martins por todo o apoio prestado desde que pretendi realizar este estágio, por todo o ensinamento e paciência ao longo do ano letivo;
- IV. À equipa do Hospital de Dia um obrigado do tamanho do mundo - à Dr.<sup>a</sup> Paula Duarte, ao Dr. Artur Sousa, ao Dr. Luís Bento por tudo o que aprendi e um obrigado com um grande carinho para a Enfermeira Sandra e para o Enfermeiro Estrela pela forma como me acolheram e pela amizade que foi crescendo;
- V. À minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Maria João, pois sem o seu apoio isto não teria sido possível;
- VI. Obrigado à Dora pela sua ajuda na concretização do estágio e ao Dr. Luís Sardinha por ter confiado em mim e o ter aceite;
- VII. A todos os estagiários que passaram pelo Hospital de Dia que de uma forma ou outra deram o seu contributo para a minha aprendizagem;
- VIII. À Professora Janete Maximiano e à Professora Susana Guimarães por se terem disponibilizado a me ensinarem questões mais práticas;
- IX. Obrigado às minhas colegas Katherine e Vanessa por me ajudarem a pensar;
- X. E por último, mas não menos importante, um grande obrigado à minha família e amigos pelo apoio incondicional.

## ÍNDICE

Agradecimentos.....	III
Índice de Tabelas .....	V
Índice de Figuras .....	VI
Índice de Anexos .....	VI
Resumo .....	VIII
Abstract .....	VIII
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento teórico.....	3
1. Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos.....	3
2. Consciência do Eu .....	6
2.1. Corpo e consciência.....	6
2.2. Insight .....	8
2.3. Défices na mentalização e psicossomática .....	8
3. Psicopatologias .....	9
3.1. Perturbações do Humor .....	9
3.1.1. Descrição .....	9
3.1.2. Alterações Psicomotoras .....	12
3.2. Perturbações da Personalidade .....	13
3.2.1. Descrição .....	13
3.2.3. Perturbação Borderline da Personalidade ou Estado-limite .....	14
3.3. Perturbação Psicótica .....	17
3.3.1. Descrição .....	17
3.3.2. Perturbação Esquizofrénica.....	18
4. Enquadramento Institucional .....	27
4.1. O Hospital de Dia de Psiquiatria.....	28
4.2. Enquadramento Legal da Prática Profissional dos Psicomotricistas.....	29
III. Enquadramento da Prática Profissional.....	31
1. Organização das Atividades de Estágio .....	31
1.1. Contexto de intervenção .....	34
2. O processo terapêutico .....	34
2.1. Critérios de encaminhamento.....	35
2.2. A Avaliação .....	35
3. A Intervenção.....	41
3.1. Sessão tipo .....	41
3.2. Atividades .....	41

3.3. Estratégias.....	42
4. A Intervenção Psicomotora no Hospital de Dia.....	43
4.1. Intervenções Individuais.....	43
4.2. Intervenções de Grupo.....	50
5. Estudo de Caso I.....	54
5.1. História Clínica e Familiar.....	54
5.2. Avaliação Inicial.....	54
5.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas.....	55
5.4. Perfil Intraindividual.....	56
5.5. Plano Terapêutico – Objetivos gerais, objetivos específicos, atividades e estratégias.....	56
5.6. Programa.....	58
5.7. Avaliação Final.....	59
5.8. Apreciação Global.....	59
6. Estudo de Caso II.....	60
6.1. História Clínica e Familiar.....	60
6.2. Avaliação Inicial.....	62
6.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas.....	64
6.4. Perfil Intraindividual.....	65
6.5. Plano Terapêutico – Objetivos gerais, objetivos específicos, atividades e estratégias.....	65
6.6. Programa.....	67
6.7. Avaliação Final.....	68
6.8. Apreciação global.....	69
7. Dificuldades e limitações.....	69
8. Atividades Complementares.....	70
IV. Análise Crítica e Conclusão.....	72
V. Bibliografia.....	76
VI. Anexos.....	81

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Horário das atividades do HD.....	31
Tabela 2: Horário das atividades de Psicomotricidade integradas no funcionamento do HD.....	33
Tabela 3: Valores SCL-90-R para a população portuguesa segundo Baptista (1993) cit in Lavado (2008).....	39
Tabela 4: Identificação do caso Te.....	44

Tabela 5: Identificação do Caso Ri. ....	44
Tabela 6: Identificação do caso Ta. ....	45
Tabela 7: Identificação do caso Pal. ....	46
Tabela 8: Objetivos gerais e específicos do caso Pal. ....	46
Tabela 9: Identificação do caso Al. ....	47
Tabela 10: Objetivos gerais e específicos do caso Al. ....	48
Tabela 11: Objetivos gerais e específicos do grupo psicomotricidade ....	50
Tabela 12: Objetivos gerais e específicos do Grupo E.....	52
Tabela 13: Avaliações do Grupo E pré e pós intervenção.....	53
Tabela 14: Identificação Estudo de Caso I.....	54
Tabela 15: Avaliação Inicial Pa. ....	55
Tabela 16: Objetivos e exemplos de atividades – Estudo de caso I.....	57
Tabela 17: Avaliação Intermédia da Pa. ....	58
Tabela 18: Avaliação final da Pa.....	59
Tabela 19: Identificação Estudo de Caso II.....	60
Tabela 20: Objetivos estabelecidos para a Na.....	66
Tabela 21: Exemplos de atividades para a Na. tendo em conta os objetivos.....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organograma do SPSMA .....	27
Figura 2: Frequência de participantes nas sessões do grupo psicomotricidade.....	51
Figura 3 : Desenho do corpo do caso Pa. ....	56
Figura 4: Resultados da escala SCL-90-R da avaliação inicial da Na. ....	63
Figura 5: Desenho do corpo da Na. na primeira avaliação.....	63
Figura 6: Esquema de tensões da Na. na primeira avaliação .....	64
Figura 7: Modelo compreensivo da automutilação segundo Rao et al. (2008). ....	65
Figura 8: Resultados da escala SCL-90-R da avaliação final da Na. ....	68
Figura 9: Desenho do corpo da Na. na avaliação final.....	68

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Calendarização das atividades de estágio
Anexo B: Ficha de caracterização clínica
Anexo C: Protocolo Bateria Alffe
Anexo D: Esquema de tensões
Anexo E: Avaliações caso Ri.
Anexo F: Planeamentos de sessão caso Ri.
Anexo G: Relatórios de sessão caso Ri.
Anexo H: Avaliações caso Ta.
Anexo I: Planeamentos de sessão do caso Ta.
Anexo J: Relatórios de sessão do caso Ta.
Anexo K: Avaliações caso Pal.
Anexo L: Planeamentos de sessão do caso Pal.

Anexo M: Relatórios de sessão do caso Pal.  
Anexo N: Avaliações caso Al.  
Anexo O: Planeamentos de sessão do caso Al.  
Anexo P: Relatórios de sessão Al.  
Anexo Q: Ficha de avaliação de sessão do grupo psicomotricidade  
Anexo R: Ficha de avaliação da última sessão do grupo psicomotricidade  
Anexo S: Planeamentos de sessão do grupo psicomotricidade  
Anexo T: Relatórios de sessão do grupo psicomotricidade  
Anexo U: Ficha informativa sobre técnicas de respiração  
Anexo V: Planeamentos de sessão do grupo E  
Anexo W: Relatórios de sessão do grupo E  
Anexo X: Fichas de registo da BPM  
Anexo Y: Versão inglesa do SCL-90-R  
Anexo Z: Planeamentos de sessão do caso Na.  
Anexo A1: Relatórios de sessão do caso Na.  
Anexo B1: Versão provisória do artigo *As Alterações Psicomotoras na Esquizofrenia*  
Anexo C1: Apresentação na sessão clínica  
Anexo D1: Apresentação para a equipa do Hospital de Dia  
Anexo E1: Apresentação nas Maratonas da Psicomotricidade  
Anexo F1: Proposta de estágio profissional

## RESUMO

Este documento consiste na descrição objetiva das atividades desenvolvidas no âmbito do ramo de aprofundamento de competências profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. O estágio teve lugar no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. No relatório está incluído um enquadramento teórico que coloca em destaque as manifestações corporais das psicopatologias dos pacientes encaminhados para o Hospital de Dia, nomeadamente, Perturbações do Humor, Perturbações da Personalidade e Perturbação Psicótica. Surge também o enquadramento legal da profissão e o enquadramento institucional, contemplando uma análise crítica da aluna.

É enquadrada a prática profissional onde se descreve a forma como a aluna organizou as atividades de estágio e incluiu a terapia psicomotora nesta estrutura. O estágio contou com sessões de observação participada e intervenção psicomotora. A intervenção foi realizada em grupo e individualmente a adultos com problemáticas na área da saúde mental. Para exemplificar a forma como a aluna estruturou os planos de intervenção surgem dois estudos de caso que incluem a história do sujeito, as avaliações realizadas, hipóteses explicativas para o caso, plano terapêutico, resultados e análise dos mesmos.

O primeiro estudo de caso é referente a uma pessoa com Esquizofrenia cuja intervenção foi realizada em grupo e o segundo estudo de caso corresponde a uma utente com Perturbação da Personalidade Estado-limite e Perturbação Depressiva Major cuja intervenção foi realizada individualmente. Conclui-se que é pertinente a intervenção psicomotora em saúde mental de adultos em contexto hospitalar tendo em conta as melhorias constatadas nos diferentes pacientes.

**Palavras-chave:** Hospital de Egas Moniz, Saúde mental de adultos, Alterações psicomotoras, Hospital de Dia de Psiquiatria, Intervenção psicomotora.

## ABSTRACT

This paper consists of an objective description of the activities carried out on field led by a student with advanced professional skills with a Master of Psychomotor Rehabilitation, Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon. The internship took place at the Day Hospital of Psychiatry, Hospital de Egas Moniz - Lisbon Hospital Centre West. Included in this report is a theoretical framework that highlights the psychomotor manifestations of psychopathology of patients referred to the Day Hospital, namely, Mood Disorders, Personality Disorders and Psychosis. Also reported is the legal framework of the profession, the institutional framework, and a critical analysis made by the student.

Outlined is the professional practice which describes how the student organized the activities of the internship, and includes a description of the structure of the psychomotor therapy. The internship featured participatory observation sessions and psychomotor interventions. The intervention was carried out in groups and individually to adults with mental health issues. To illustrate how the student structured the intervention plans, two case studies were used alongside that included the history of the subject, the performed assessments, explanatory hypotheses for the case, their treatment plan, results and their analysis.

The first case study refers to a person with schizophrenia whose intervention was performed in a group; whilst the second case study is about a subject suffering from borderline personality disorder and major depressive disorder, whose intervention was performed individually.

Finally, it is concluded that it is pertinent to proceed to psychomotor interventions to hospitalized adults with mental health issues, as improvements have been noted in the different patients of the study.

**Keywords:** Hospital Egas Moniz, Adult mental health, Psychomotor impairment, Day Hospital of Psychiatry, Psychomotor intervention.

## I. INTRODUÇÃO

Este relatório tem em vista a descrição das atividades de estágio realizadas no âmbito do ramo de aprofundamento de competências profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

O ramo de aprofundamento de competências profissionais tem como objetivos gerais:

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões e Brandão, 2012-2013).

O estágio teve lugar no Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, mais concretamente no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos. Este consistiu num estágio autoproposto solicitado pela aluna, coordenado academicamente pelo Professor Doutor Rui Martins e localmente pela Dr.<sup>a</sup> Maria João Casaca. Segundo o regulamento da unidade curricular de ramo de aprofundamento de competências profissionais, os estágios na área da Saúde Mental têm como objetivos:

- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de Psicopatologia com implicações na avaliação em Reabilitação Psicomotora;
- Desenvolver programas específicos de intervenção para as diferentes situações de Psicopatologia com implicações no planeamento da intervenção em Reabilitação Psicomotora (Martins, Simões e Brandão, 2012-2013).

Este relatório consiste na descrição objetiva das atividades desenvolvidas, colocando em ênfase os aspetos fundamentais, contemplando uma análise rigorosa e uma visão crítica da aluna. Foi elaborado tendo em conta o *Manual de Redação de Documentos Científicos da FMH* segundo Espadinha, Santo e Morato (2014).

Este documento é composto por seis capítulos: introdução, enquadramento teórico, enquadramento da prática profissional, conclusão, bibliografia e anexos.

Para o enquadramento teórico a aluna realizou uma pesquisa de artigos científicos e livros da área, em motores de busca como a Pubmed, B-on e Science direct e na biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana. Este capítulo tem em vista a contextualização de conceitos importantes para a devida compreensão destas atividades de estágio, nomeadamente qual a ligação entre a psicomotricidade e saúde mental de adultos, a ligação entre consciência do Eu e corpo, e a descrição das psicopatologias que tinham maior incidência na população no Hospital de Dia. Em cada psicopatologia descrita, é realizado um enquadramento de quais as manifestações corporais que podem

ocorrer, de forma a ser mais perceptível a importância da intervenção psicomotora nesta população. No final do enquadramento teórico, é descrito o local de estágio contextualizado no Centro Hospitalar em questão, bem como o enquadramento legal da profissão do psicomotricista.

Seguidamente surge o enquadramento das atividades profissionais. Neste capítulo a aluna pretende que o leitor compreenda a forma como organizou o estágio e qual foi a sua forma de pensar na intervenção realizada. Para tal são descritos o horário das atividades, os instrumentos de avaliação, o tipo de sessão e genericamente as intervenções individuais e de grupo realizadas. São descritos dois estudos de caso mais pormenorizadamente, um das intervenções de grupo e outro das intervenções individuais, de modo a que o leitor tenha uma maior perceção da forma como a aluna estruturou os projetos terapêuticos. No final do capítulo surgem as dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio e as atividades complementares realizadas.

O capítulo quatro corresponde à conclusão onde é feita uma reflexão e uma análise crítica do estágio à luz do percurso da aluna. Em seguida surge a bibliografia de acordo com as regras da APA, e por fim os anexos, que devido à sua extensão encontram-se em suporte digital.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo surge de modo a contextualizar certos conceitos importantes para a compreensão da intervenção psicomotora em saúde mental de adultos em contexto hospitalar. Inicia-se com a descrição da ligação entre psicomotricidade e saúde mental de adultos, fazendo depois uma abordagem à ligação entre consciência do Eu e corpo, pois a doença mental consiste muitas vezes em distúrbios do self e por sua vez o corpo joga aqui um papel importante. Dentro deste subcapítulo é feita referência aos conceitos de insight e mentalização, pois consistem em ter consciência da doença e que esta implica tratamento e ter consciência de eventos traumáticos, respetivamente. Ambos são conceitos importantes em psiquiatria e auxiliam a perceber melhor a ligação entre psicomotricidade e esta área de intervenção.

Em seguida surge a descrição das psicopatologias com que a aluna se deparou neste estágio, culminado com o enquadramento institucional e o enquadramento legal da profissão do psicomotricista.

Em cada patologia é feita uma descrição desta à luz da sintomatologia referida no manual diagnóstico DSM-IV, mencionando as alterações constatadas no DSM-V. São descritas as alterações corporais inerentes a cada patologia de modo a justificar e clarificar o papel do psicomotricista nesta população. É dado uma maior ênfase às alterações psicomotoras na psicose esquizofrénica devido à extensão bibliográfica encontrada sobre este assunto e à possibilidade de publicação de um artigo com este tema.

### 1. PSICOMOTRICIDADE EM SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

A psicomotricidade pode ser definida como um campo transdisciplinar que considera o corpo e a mente como uma unidade, propondo ativar em cada indivíduo uma coerência e coesão psicocorporal. Deste modo estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade, nas quais o corpo não é encarado como apenas um dado biológico, mas antes como um espaço psíquico, que manifesta a história pessoal do sujeito, os seus modos de integração e as suas modalidades de ação (Boscaini, 2003; Martins, 2001a).

A terapia psicomotora baseia-se numa visão holística do ser humano, integrando aspetos cognitivos, emocionais e físicos e a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (European Forum of Psychomotricity, s.d.).

Segundo Boscaini (2003), o seu nível de incidência mais elementar é o tónus muscular, pois o nível de contração basal do corpo é um substrato e uma expressão dos pensamentos, emoções e linguagem, estabelecendo um verdadeiro diálogo e relação com o envolvimento.

A intervenção psicomotora pode ser entendida como uma reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o terapeuta estuda e compensa as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas em diversas situações. Com base no conjunto de fenómenos inscritos no corpo, o psicomotricista avalia e observa as características do movimento, atitudes, posturas e mímica, visando a fluidez do corpo no envolvimento. A psicomotricidade valoriza o movimento, não o encarando apenas pela sua restrita dimensão neurofisiológica, mas integrando simultaneamente inteligência, afetividade e linguagem, fazendo a motricidade parte de uma relação significativa e significante. O seu

enfoque centra-se na segurança gravitacional, fluidez eutónica, estruturação somatognósica e organização expressiva e práxica do indivíduo (Boscaini, 2003; Fonseca, 2001a; Fonseca, 2010; Martins, 2001a).

Um dos seus principais objetivos, passa por promover um conjunto de vivências que mediem a procura e mudança de atitude do sujeito consigo próprio, e consequentemente com os diferentes contextos onde interage, através do investimento no seu Eu corporal, nas suas manifestações e significados (Fonseca, 2001b). A terapia psicomotora revela-se assim apropriada para todas as pessoas que podem evoluir melhor através do agir, do investimento corporal e da experimentação, ou em casos onde é essencial a reconciliação da comunicação e da estruturação do pensamento (Fonseca, 1976).

Nesta intervenção são enfatizados aspetos relacionais como a importância da comunicação, verbal e não-verbal, especialmente pelo gesto e movimento; a intencionalidade, que confere significado e traduz estados e características da pessoa ao seu gesto; a capacidade percetiva e tomada de consciência do corpo no espaço e no tempo, que se reflete na competência representativa e associativa, permitindo ao sujeito um olhar atento aos diversos níveis de expressão metafórica. É neste sentido que é possível passar de um corpo puramente funcional que age com base nos seus impulsos e regras morais e sociais, para um corpo com capacidade de aceder ao simbólico, partindo de experiências corporais para a construção da própria identidade, de modo a tornar harmoniosas as várias capacidades e aspetos psicotónicos e psicomotores (Fonseca, 1976).

A integração da terapia psicomotora em saúde mental é relativamente recente e considera-se uma área em desenvolvimento (Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010), porém a relação entre corpo, movimento e psiquiatria já é antiga. Em 1929 o psiquiatra alemão Hermann Simon publicou um livro *Um tratamento mais ativo dos doentes em instituições psiquiátricas* e sem o saber fazia nascer a terapia psicomotora na Holanda, Bélgica e Alemanha. Este autor partia do princípio que cada pessoa, nas suas ações, é produto de uma interação entre ela mesma e o seu envolvimento. Influenciando a ação, o terapeuta influencia igualmente o paciente (Sietsma, 2005).

A terapia psicomotora integra atividades motoras em todas as suas formas, e apesar da atividade física provocar efeitos somáticos, a terapia psicomotora é considerada um tratamento psicológico. A relação entre o paciente e o terapeuta é o aspeto central desta e as experiências durante a terapia e as respostas que surgem através dessas vivências, funcionam como uma força dinâmica que proporciona a mudança (Probst e Simons, 2008 cit in Probst et al., 2010).

Esta terapia é considerada uma terapia complementar que pode ser integrada em diferentes abordagens psicoterapêuticas (comportamentais, cognitivas ou psicodinâmicas) e o terapeuta ajusta os objetivos e as técnicas conforme o nível de complementaridade dos tratamentos. A principal ideia por trás do termo psicomotor é a relação entre atividade motora e mente, como a pessoa se move em relação com o seu envolvimento. Os métodos provêm de abordagens corporais como métodos de relaxação, técnicas de consciência corporal e sensorial (Probst et al., 2010).

Num serviço de psiquiatria a admissão de um paciente não é devido a problemas físicos ou motores mas devido a alterações psicológicas e para tal a terapia psicomotora deve contemplar objetivos relevantes (Probst et al., 2010). Esta terapia implica a modificação do funcionamento psíquico do paciente através da motricidade enquanto aspeto deste funcionamento (Probst e Vliet, 2005).

Por outro lado, existem várias alterações na motricidade em doentes psiquiátricos. Segundo Correia (2013) estas podem ser agrupadas em quatro grupos:

- Alterações dos movimentos espontâneos, como hiperatividade (inquietação motora e agitação psicomotora) ou hipoatividade (lentificação psicomotora, inibição psicomotora, bloqueio, estupor), paracinesias (maneirismos e estereotípias), tiques, tremor de repouso, coreia, atetose e mioclonias;
- Movimentos anormais induzidos, como obediência automática, ecopraxia, ecolalia, perseveração, cooperação, oposição e ambitendência;
- Alterações da postura, como postura maneirista, postura estereotipada, perseveração da postura ou catalepsia;
- Efeitos extrapiramidais secundários ao uso de psicofármacos, como pseudoparkinsonismo, acatisia, distonia aguda e distonia tardia.

Algumas destas alterações correspondem a critérios de diagnóstico de perturbações mentais, sendo que este tema será abordado pormenorizadamente em cada patologia descrita neste enquadramento.

O psicomotricista estabelece os seus objetivos de intervenção dependendo do motivo de encaminhamento e do perfil intraindividual do paciente (Probst et al., 2010). A prática psicomotora pode ocorrer em diversos contextos de ação, sendo influenciada por aspetos como o ambiente institucional onde decorre, características próprias do sujeito, da sua patologia, do terapeuta, ou particularidades da sua relação. Neste sentido, as práticas psicomotoras poderão incidir na valorização da componente relacional e psicoafectiva, ao nível da gestão da problemática da identidade, permitindo a expressividade do sujeito e o seu reinvestimento na relação com os outros e os objetos; ou por outro lado basear-se na componente instrumental, relacionando-se mais precisamente com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento, que é percebido e experimentado de forma sensoriomotora, com intencionalidade e consciência (Martins, 2001a).

Assim, enquanto numa abordagem relacional são estimuladas produções do tipo simbólico, que estabeleçam a ponte entre a realidade subjetiva e interior e a objetiva e partilhada por todos, na psicomotricidade instrumental valoriza-se a resolução de problemas e a transdução entre uma experiência e a sua representação abstrata, acedendo ao pensamento categorial e concetual (Martins, 2001a).

Similar a esta categorização de incidência da intervenção psicomotora (relacional e instrumental) descrita por Martins (2001a), surge na literatura duas vias de incidência de intervenção psicomotora em psiquiatria segundo Probst et al (2010): intervenção dirigida para a ação e intervenção dirigida para a experiência.

Com intervenção orientada para a ação compreende-se o desenvolvimento das capacidades cognitivas e físicas e suporte no desenvolvimento pessoal. As atividades são focadas para a aprendizagem, desenvolvimento ou treino de competências psicomotoras, sensoriomotoras, perceptuais, cognitivas, sociais e emocionais. Mais concretamente significa que o terapeuta foca a sua intervenção na praxia global e fina, coordenação óculo-manual, equilíbrio, tempo e espaço, percepção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, ativação geral, promoção de competências sociais. Elementos como aprender a relaxar, adquirir uma boa condição física, e aprender regras básicas de comunicação também estão integrados (Probst et al., 2010).

O psicomotricista também pode orientar a sua intervenção para a experiência onde os pacientes são convidados a participar em várias atividades motoras. Na participação ativa nas atividades propostas, os pacientes podem experimentar diferentes emoções e serem confrontados com os seus comportamentos ou com os seus sintomas cognitivos. Através do processo terapêutico, um quadro de experiências alternativas pode ser disponibilizado. Experimentar que uma alternativa pode existir, irá despoletar novas emoções e experiências e a discrepância entre a realidade e a forma como o paciente vê a realidade irá surgir. O importante não é o movimento ou atividade motora em si mas como o paciente experiencia este movimento e o percebe interiormente (Probst et al., 2010).

Neste tipo de intervenção os seguintes temas são tidos em consideração: expressar e regular emoções, aumentar a tolerância à frustração, diminuir comportamentos impulsivos, melhorar as interações sociais, estabelecer limites, melhorar a autoconfiança, melhorar o conhecimento do Eu, lidar com medo ou com falhanço, desenvolver a autorreflexão, explorar a atual vida emocional e social, e proporcionar um melhor insight dos conflitos inter e intra psíquicos (Probst et al., 2010).

A orientação cuidadosa, o incentivo do terapeuta e a possibilidade de experimentar sentimentos num ambiente seguro, permite ao paciente desenvolver comportamentos que de outra forma não o faria. Não necessariamente se resolve o problema subjacente, mas o terapeuta procura melhorar a forma como o cliente lida com os seus problemas. A terapia orientada para a experiência oferece uma abordagem mais reflexiva do que a intervenção orientada para a ação, pois é colocado um maior ênfase na experiência e nas reações a essas, sendo assim possível proporcionar a mudança (Probst et al., 2010).

## **2. CONSCIÊNCIA DO EU**

### **2.1. Corpo e consciência**

A consciência do Eu é um termo equivalente à noção de self, de ego, de pessoa, de somatognosia, exclusivo da espécie humana (Fonseca, 2011).

“O ser Humano é o único ser vivo que tem consciência de si, porque tem consciência do seu corpo e reflexão da sua ação, tem consciência que tem consciência, que tem, efetivamente, o controlo consciente do seu corpo e da sua ação e, por essa condição, pode julgá-la e antecipá-la nas suas consequências e efeitos.” (Fonseca, 2011, p. 23).

A consciência serve para ampliar o alcance da mente e com isso, melhorar a vida do organismo que dispõe dessa mente com alcance maior. Esta é valiosa pois introduz um novo meio de obter a homeostase, não é mais eficiente do que o tálamo e o tronco cerebral, mas é um novo meio de resolver tipos diferentes de problemas. Os mecanismos mais primários podem coordenar inconscientemente, e com grande eficácia, vários sistemas do nosso organismo, mas os mecanismos da consciência permitem que os organismos individuais possam lidar com outros desafios ambientais não previstos na sua estrutura básica (Damásio, 2000).

Os seres com consciência podem estabelecer uma ligação entre o mundo da regulação automática e o mundo da imaginação, ou seja, permite uma antevisão dos acontecimentos, uma predição dos resultados. O self faz a ponte entre a formulação de cenários possíveis e a automatização existente. A eficácia da consciência reside nesta vinculação entre o mecanismo biológico da regulação da vida do indivíduo e o

mecanismo biológico do pensamento. Esta ligação é então a base para a criação de um interesse individual que permeia todos os aspetos do processamento do pensamento, dá foco para todas as atividades de resolução de problemas e ainda sugere soluções (Damásio, 2000). Por sua vez esta antecipação e planeamento estão também relacionados com os processos atencionais, logo, e segundo He e Raichle (2009), a consciência encontra-se relacionada com a atenção pois estes afetam que informação é melhor acedida ao processo da consciência.

A consciência do Eu é a consciência do corpo e da ação, tríade estruturante da identidade e da continuidade temporal do organismo individual humano (Fonseca, 2011). Segundo He e Raichle (2009) esta é como que uma moeda de duas faces, por um lado é ocupada pela perceção e pela experiência e por outro lado pela vontade pela ação.

Só se a conquista pois há uma interação entre corpo, cérebro e o envolvimento, ao longo da filogénese, da sociogénese e da ontogénese (Fonseca, 2011).

A ontogénese da consciência do Eu e, subsequentemente, da sua psicomotricidade desenvolve-se no contexto da sociogénese (Leontiev, 1969 cit in Fonseca, 2011). O processo da autodescoberta e autoconhecimento do seu corpo só é possível emergir num contexto social, afetivo e cultural. O Eu social está antes do Eu biológico, i.e., os sistemas de somatognosia integrados no cérebro, de raiz biológica, dependem de condições objetivas estabelecidas pela sociedade. O funcionamento da consciência não pode ser compreendido sem referência ao contexto sócio histórico onde o Eu se desenvolve (Fonseca, 2011).

Segundo Kircher e David (2003) citados por Martins (2005) há quatro aspetos que contribuem para o conteúdo da autoconsciência fenomenológica, nomeadamente a autoagência, sentimento que ações foram produzidas pelo próprio; auto coerência, sentimento de ser um todo com os seus limites; autoafectividade, na medida em que os afetos experienciados encontram-se correlacionados com as experiências do self dos outros; e autohistória ou memória autobiográfica relacionada com o sentido de estabilidade ao longo do tempo.

Segundo Merleau-Ponty (1999) cit in Martins (2005) cada um adquire a perceção do Eu pelas suas produções e pela relação com um objeto. Quando percebemos um objeto temos também consciência das possibilidades motoras que estão implicadas na sua perceção, e a consciência do objeto é possível em função dos movimentos do nosso corpo. A sensação tátil com um objeto permite não só a tomada de consciência das características deste, mas também das partes do corpo que estiveram em contacto, e a representação que é possível através desta experiência, permitindo uma diferenciação entre realidade interna e externa (Martins, 2005).

Segundo Parnas (2003) citado por Martins (2005) a consciência está relacionada com a imagem corporal (oscilando entre corpo vivido, subjetivo, e sobreponível ao sujeito) e com o esquema corporal (corpo objetivo, físico e espacial). Os aspetos corporais do autoconhecimento são fundamentais para o sentimento de existência de uma mente independente, com uma diferenciação entre corpo agente e corpo objeto.

Posto isto, constata-se que o corpo assume um papel fundamental no sentimento do Eu, pois é através deste que a pessoa tem a perceção da sua realidade interna e da intencionalidade da sua ação, onde o sentir interno é a base da orientação para o exterior (Martins, 2005).

## 2.2. Insight

O conceito de insight é multidimensional e compreende várias definições, sendo que a maior parte destas incluem a percepção da existência de uma psicopatologia, que essa requer tratamento, o reconhecimento de que essa doença é contínua e a percepção dos sintomas e das suas consequências (Baier, 2010).

Este é influenciado por questões culturais, sociais e fatores interpessoais, sendo que o significado que cada pessoa atribui aos sintomas varia conforme o indivíduo e o contexto sociocultural onde está inserido (Baier, 2010).

De modo a explicar a multidimensionalidade deste conceito, existem dois modelos explicativos atualmente aceites. O primeiro considera que o conceito de insight integra três dimensões, nomeadamente o reconhecimento que existe uma psicopatologia, a habilidade de reconhecer que determinados eventos são patológicos e por último a adesão ao tratamento. Estas dimensões correspondem a um fenómeno dinâmico que depende de variações particulares no decurso da patologia. O outro modelo multidimensional distingue duas componentes do insight: a não percepção da doença e a incorreta atribuição dos acontecimentos, não reconhecendo estes como fazendo parte das próprias consequências da patologia (Cuesta, Peralta, Zarzuela e Zandio, 2006). As explicações que procuram clarificar o porquê da falta de insight em certas patologias são apenas hipotéticas, necessitando de clarificação (Baier, 2010; Cuesta et al., 2006).

Um pobre insight é transversal a diversas patologias como a perturbação obsessivo-compulsiva, hipocondria, distúrbios do foro afetivo, anorexia e outras perturbações alimentares (Cuesta, Peralta, Campos e Garcia-Jalon, 2011).

A falta de insight, é atualmente considerada na prática clínica um dos sintomas mais prevalentes em pessoas com perturbações psicóticas, sendo observada como uma manifestação característica destes doentes. Ainda assim, esta não parece estar relacionada com a performance cognitiva ou neuropsicológica, ao contrário do que acontece com outros sintomas típicos desta condição, como ideias delirantes ou alucinações (Cuesta et al., 2006).

Acredita-se que a falta de insight contribui para certas complicações que possam existir durante o tratamento, havendo um incremento no risco de hospitalizações não voluntárias, um pobre funcionamento psicossocial e um prognóstico mais reservado. A carência deste fenómeno traduz-se em mais complicações no decurso da doença pois a pessoa ao não reconhecer que está doente também não reconhece a obrigatoriedade de cumprir um determinado tratamento, o que se irá traduzir em mais complicações (Baier, 2010).

Porém, no caso da psicose esquizofrénica, um maior insight em relação à doença constitui um fator de risco para comportamentos suicidas bem como depressão e desespero. Embora um aumento na capacidade de insight em doentes psicóticos tenha muitos benefícios já comprovados, também pode trazer malefícios como a redução da autoestima e o aumento do desespero. Diferentes estudos referem que maior consciência da doença pode ser associada com o desenvolvimento de estados depressivos e com um maior risco de depressão pós-psicótica e de suicídio (Kao e Lui, 2011).

## 2.3. Défices na mentalização e psicossomática

A mentalização é o processo pelo qual nós fazemos sentido para os outros e para nós mesmos, implícita e explicitamente, em termos de estados subjetivos dos processos

mentais. É uma construção profundamente social no sentido de que estamos atentos ao estado de espírito das pessoas que estão à nossa volta, física ou psicologicamente. Dada a generalidade desta definição a maior parte das doenças mentais envolve dificuldades na mentalização, pois a maior parte destas consiste numa má interpretação de uma experiência do próprio. De facto pode-se conceber um distúrbio mental como uma perturbação errónea do mesmo e portanto, em última análise como um distúrbio de mentalização (Bateman e Fonagy, 2010).

Segundo a escola de Paris considera-se que a doença psicossomática é atribuída a um défice de mentalização (André, Benavidés e Canchy-Giromini, 1996).

A somatização define-se como o aparecimento de um ou mais sintomas físicos onde, após o devido estudo, não se encontra o mecanismo fisiopatológico subjacente. Quando a origem é funcional o sintoma é variável, tem localização vaga e inconstante, o tempo em que ocorre está claramente associado a stressores, o início é arrastado com múltiplos sistemas afetados e é inconsistente com mecanismos fisiopatológicos (Tavares, Ferreira e Fonseca, 2010).

A somatização pode ser associada a um tipo de pensamento operacional, este situa-se ao nível do concreto e consiste numa incapacidade de se projetar no passado ou no futuro. Neste caso a relação com o outro não contém um tom emocional específico e reflete uma dificuldade de representação e simbolização, com uma incapacidade de criar conexões entre as pessoas e os eventos ao seu redor (André et al., 1996).

Quando há uma sobrecarga externa pode provocar transbordamento psíquico (ou interno). Este excesso coloca o sujeito numa situação de perigo se este não capacidades padrão de representação mental de si próprio (mentalização). Nesta perspetiva teórica, pode-se referir que a conjugação de duas derrotas emocionais provoca um trauma cumulativo e se isso é demais para o equilíbrio do sujeito, ele oprime psiquicamente ao mesmo tempo em que manifesta através do plano somático (Dumet, 2002).

A doença psicossomática consiste numa solução para o psíquico em sofrimento pois o que dói excede a capacidade de processamento de mentalização (Talpin, 2002).

### **3. PSICOPATOLOGIAS**

#### **3.1. Perturbações do Humor**

##### **3.1.1. Descrição**

As perturbações do humor dividem-se em perturbações depressivas, perturbações bipolares (PBP) e em duas perturbações baseadas na etiologia - perturbação do humor devido a um estado físico geral e perturbação do humor induzida por substância. As perturbações depressivas (i.e. perturbação depressiva major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação - SOE) distinguem-se das PBP pela ausência de história de episódio maníaco, misto ou hipomaniaco. As perturbações bipolares (PBP I, PBP II, ciclotímica e PBP SOE) implicam a presença ou história de episódios maníacos, mistos ou hipomaniacos, habitualmente acompanhados pela presença ou história de episódios depressivos major (APA, 2002).

Um episódio depressivo major, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV, caracteriza-se pela presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas e representa uma alteração do funcionamento prévio e pelo menos um dos sintomas é humor depressivo ou

perda de prazer ou do interesse: humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia; perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento do peso significativo, ou diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva e inapropriada; diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão; pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos, ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio. Estes sintomas ocorrem quase todos os dias, não preenchem critério para episódio misto, causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante. Não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de um estado físico geral e não são melhor explicados por luto (APA, 2002).

Segundo Braconnier et al. (2007), a depressão consiste numa perturbação afetiva, um afeto doloroso específico composto de tristeza, de mal-estar, de dor moral, de perda de prazer com tudo o que anteriormente era considerado agradável e, finalmente, por uma agressividade mais ou menos expressa contra si (culpabilidade) ou contra os outros (irritabilidade). É frequente no adulto lentificação psicomotora, sentimento de culpabilidade ou de incapacidade e perda de esperança.

A gravidade da depressão depende da intensidade da tristeza e da culpabilidade, e das perturbações associadas: perturbações da personalidade, perturbações ansiosas, perturbações aditivas e risco de suicídio (Braconnier et al., 2007).

Alguns fatores podem ser considerados como elementos de um prognóstico favorável como: início agudo das perturbações, relacionando com um acontecimento de vida, ausência de perturbações psicopatológicas na infância e de perturbações associadas e o início precoce de um tratamento adequado (Braconnier et al., 2007).

Existem depressões atípicas, que são frequentes, onde os episódios depressivos são caracterizados por hipersónia, hiperfagia, sensibilidade à rejeição e oscilações de humor (Braconnier et al., 2007).

A prevalência pontual da perturbação depressiva major em adultos varia de 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para os homens (APA, 2002).

Um episódio maníaco consiste num período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração pelo menos de uma semana (APA, 2002). O estado maníaco caracteriza-se na maioria das vezes por um sentimento de euforia, instabilidade, intensa agitação, logorreia, fuga de ideias, megalomania com ideias de grandeza verbalizadas e sensação de onipotência, na origem de comportamentos social e financeiramente arriscados. Estão presentes perturbações do sono na ordem das insónias, e anomalias comportamentais, associadas a excitação psicomotora e a desinibição. Podem ocorrer sintomas psicóticos, perturbações do comportamento, atitudes antissociais ou abuso de substâncias psicoativas (Braconnier et al., 2007). Para ser diagnosticada, esta perturbação do humor tem de ser suficientemente intensa para provocar uma deficiência marcada no funcionamento ocupacional ou em qualquer outra atividade social ou relacionamento com os outros, ou necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou existem características psicóticas (APA, 2002).

Um episódio misto é caracterizado por um período de tempo (pelo menos uma semana) no qual estão preenchidos os critérios para episódio maníaco e para episódio depressivo

major quase todos os dias. O sujeito experimenta alterações do humor de modo rápido (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhadas por sintomas de episódio maníaco e episódio depressivo major. O quadro inclui frequentemente agitação, insónia, desregulação do apetite, características psicóticas e ideação suicida. A perturbação tem de ser suficientemente intensa para provocar uma clara deficiência no funcionamento social ou ocupacional, ou requerer hospitalização, ou ser caracterizado por características psicóticas (APA, 2002).

Num episódio hipomaniaco a lista de sintomas é idêntica à dos sintomas que definem um episódio maníaco, exceto que as ideias delirantes ou alucinações não estão presentes. Em contraste com o episódio maníaco, não é suficientemente intenso para provocar uma clara deficiência no funcionamento social ou ocupacional ou requerer hospitalização, e não existem características psicóticas. As alterações no funcionamento em alguns sujeitos podem ter a forma de um marcado aumento da eficiência, tarefas completadas ou criatividade. Contudo para outros a hipomania pode provocar alguma deficiência no funcionamento social ou ocupacional (APA, 2002).

Além da rapidez da instalação da perturbação depressiva e da presença de sintomas psicóticos, os fatores preditivos da bipolaridade são os antecedentes pessoais e familiares de mania e a existência de uma viragem sobre tratamento (Braconnier et al., 2007).

Diferenciando a PBP I da PBP II descritas no DSM-IV, é possível referir que na PBP I a característica essencial é a evolução clínica caracterizada pela presença de um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos. Frequentemente estes sujeitos também tiveram um ou mais episódios depressivos major e a prevalência varia entre 0,4% e 1,6% (APA, 2002).

A característica essencial da PBP II é a evolução clínica caracterizada pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos major acompanhados pelo menos por um episódio hipomaniaco. A prevalência desta perturbação é de 0,5% (APA, 2002).

Os pacientes com PBP apresentam uma elevada probabilidade de comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente perturbação da hiperatividade com défice de atenção, perturbação oposição e desafio, agorafobia, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, dependência alcoólica e abuso de substâncias (Kessler et al., 2005 cit in Miklowitz e Johnson, 2006).

A PBP está associada a elevadas taxas de suicídio mais do que outra perturbação psiquiátrica e é a sexta causa de incapacidade no mundo (Miklowitz e Johnson, 2006).

No novo manual diagnóstico, DSM-V, foram feitas ligeiras alterações ao diagnóstico das perturbações do humor, nomeadamente foi incluído um especificador de ansiedade. Nas perturbações depressivas foram incluídas novas perturbações como humor disruptivo e perturbação disfórica pré-menstrual. A distímia no DSM-IV desapareceu, estando incluída na categoria de perturbações depressivas persistentes. Os critérios para episódio depressivo major não se alteraram, porém foi omissa no DSM-V a exclusão de luto (APA, 2013b).

Também podem ocorrer quadros de mania delirante. Apesar da sua raridade, esta perturbação será descrita devido ao facto de ter ocorrido num dos pacientes no contexto do estágio em questão. A mania delirante ou mania de Bell é caracterizada por excitação, grandiosidade, labilidade emocional, psicose, insónia, alterações da consciência,

desorientação, presença de ansiedade severa e incoerência do pensamento (Bipeta e Khan, 2012).

Luther Bell, em 1849, foi quem fez uma descrição mais detalhada deste síndrome, reportando 40 pacientes com esta condição e 75% destes pacientes morreram (Lee, Huang, Hsu e Chiu, 2012)

A mania delirante é caracterizada por sintomas específicos, é mais do que uma combinação de mania típica e delírio e pode ou não estar associado à perturbação bipolar (Lee et al., 2012). Quase todos os pacientes exibem sintomas de catatonia, sendo que alguns autores descrevem a Mania Delirante como forma de catatonia, devido a esta semelhança e devido ao facto de ambos os quadros melhorarem com ECT - electroconvulsive therapy (Bipeta e Khan, 2012).

Kleman propõe os estados de mania num espectro: normal, neurótica, hipomania e delirante. A transição de um estado de mania para mania delirante é caracterizada por um estado confusional mais acentuado, mais alucinações e uma intensificação dos sintomas de mania em geral (Bipeta e Khan, 2012).

As causas são incertas, pode estar relacionado com substâncias psicoativas, condições neurológicas (Bipeta e Khan, 2012) ou ainda, mas mais raramente, com abandono da medicação para a perturbação bipolar (Lee et al., 2012).

### **3.1.2. Alterações Psicomotoras**

Como constatado na descrição realizada anteriormente, as perturbações do humor integram na sua sintomatologia alterações psicomotoras, em termos gerais um episódio depressivo caracteriza-se por lentificação psicomotora e um episódio maniaco por agitação psicomotora. Contudo é possível analisar o corpo nas perturbações afetivas com maior detalhe, tendo sido encontrada mais informação acerca deste tema em episódios depressivos comparativamente aos episódios maniacos e hipomaniacos.

A lentificação psicomotora consiste num dos sintomas mais importantes da depressão major (Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo e Haffen, 2013; Buyukdura, McClintock e Croarkin, 2010) tendo implicações clínicas e terapêuticas. Esta lentificação inclui comprometimentos a nível motor e cognitivo nomeadamente no discurso, na expressão facial, na praxia global, na praxia fina e na formulação de ideias. Mais especificamente as alterações na motricidade global manifestam-se na marcha, postura e movimentos dos membros e as alterações no discurso manifestam-se na fluência e na prosódica (Bennabi et al., 2013).

Estes sintomas encontram-se presentes na depressão bipolar e unipolar e podem ser afetados pela medicação psicoativa, devido ao seu efeito sedativo (Bennabi et al., 2013).

A lentificação psicomotora está relacionada com o impacto psicossocial do indivíduo e está ligada à severidade da depressão (Bennabi et al., 2013). O comprometimento psicomotor encontra-se relacionado com maior duração da doença, tentativas de suicídio, início precoce, mais episódios depressivos e maiores indicadores de bipolaridade (Calugi et al., 2011 cit in Buyukdura et al., 2010).

O estudo de Kaletsch et al. (2014) teve como objetivo investigar as diferenças entre a perceção das emoções expressas corporalmente em pacientes com perturbação depressiva major e um grupo de controlo saudável. Apesar da importância já reconhecida da linguagem corporal no funcionamento social, este foi o primeiro estudo a analisar a

relação entre desordens afetivas e a percepção de emoções expressas pelo movimento. Os resultados demonstram alterações na percepção emocional nos pacientes com depressão major comparativamente com o grupo de controlo, mais precisamente uma tendência negativa no momento da avaliação. Quando se tratava de emoções negativas os pacientes avaliavam estas emoções com maior intensidade e apresentavam uma maior confiança nesta avaliação.

Esta tendência negativa pode desencorajar os pacientes com depressão no estabelecimento de contactos sociais, particularmente quando observam à distância a linguagem corporal dos outros e interpretam erradamente como negativo ou mais negativo do que é na realidade, levando ao evitamento dessa pessoa em questão. Sem tentativas ativas de aproximação com outras pessoas é difícil estabelecer ou ampliar uma rede social que leve a um bom suporte social, uma sensação de pertença e bem-estar. Os autores consideram que um treino neste sentido poderia ajudar a melhorar a percepção das emoções e reduzir a negativa má interpretação e por sua vez contribuir para o estabelecimento de mais contactos sociais (Kaletsch et al., 2014).

Probst et al. (2010) sugerem uma intervenção focada na ação para pacientes com depressão. Diversas estratégias devem ser tidas em conta nesta intervenção, como promover experiências onde o indivíduo tenha sucesso, haja a automonitorização desses sucessos e sejam atribuídos ao próprio, e permitir aos pacientes a expressão dos seus sentimentos, tendo sempre uma atitude terapêutica positiva. O terapeuta também deve focar em estratégias que promovam a atividade física de modo a melhorar o autoconceito.

## **3.2. Perturbações da Personalidade**

### **3.2.1. Descrição**

O conceito de personalidade é particularmente complexo e quando se trata de abordar a conceção de perturbação da personalidade, coloca-se a questão do que distingue o normal do patológico (Braconnier et al., 2007). A APA (2002) define esta fronteira da seguinte forma: "Os traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal. Somente quando os traços da personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjetivo, se constituem como Perturbação da Personalidade." (APA, 2002, p. 686). Ou seja, através desta definição é possível referir que o que separa o normal do patológico é o comportamento adaptativo do indivíduo, a sua funcionalidade e qualidade de vida. Tratando-se de questões de personalidade, é necessário ter em conta que uma etiqueta diagnóstica não pode fazer ignorar a complexidade de carácter do indivíduo (Braconnier et al., 2007).

Uma perturbação da personalidade corresponde a um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado na cultura da pessoa, e que se expressa em duas ou mais das seguintes áreas:

- Na cognição (formas de percepção e interpretação de si próprio, dos outros e de acontecimentos)
- Na afetividade (variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional)
- Funcionamento interpessoal
- Controlo de impulsos (APA, 2002).

Este padrão é duradouro, inflexível e global numa grande variedade de situações pessoais e sociais; origina sofrimento clinicamente significativo ou deficiência na vida social, profissional ou noutras áreas importantes de funcionamento; é estável, de longa duração e o seu começo ocorreu o mais tardar na adolescência ou início da idade adulta; é persistente e não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental, e não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma ou a um estado físico geral (APA, 2002).

As perturbações da personalidade, no DSM-IV, encontram-se divididas em três grupos:

- (A) Perturbações paranoide, esquizoide e esquizotípica da personalidade (as pessoas com estas perturbações frequentemente parecem bizarras ou excêntricas)
- (B) Perturbações antissocial, estado limite, histriónica e narcísica (as pessoas com estas perturbações parecem frequentemente dramáticas, emocionais ou inconstantes);
- (C) Perturbações dependente, evitante e obsessivo-compulsiva da personalidade (as pessoas com estas perturbações parecem frequentemente ansiosas e medrosas).

No DSM-V os critérios de diagnóstico para estas perturbações não sofreram alterações (APA, 2013a). Tanto o ICD como o DSM seguem as mesmas diretrizes para o diagnóstico de perturbações da personalidade: a permanência da perturbação, o aparecimento da perturbação na adolescência ou no início da idade adulta, as consequências da perturbação – disfuncionamento social e sofrimento pessoal – e por fim, a referência às normas culturais do indivíduo (Braconnier et al., 2007).

Segundo o DSM-IV a prevalência das perturbações de personalidade na população geral de adultos é de 9% (Braconnier et al., 2007).

Em seguida será descrita com maior pormenor a Perturbação Borderline ou estado-limite da personalidade (PBL) devido à incidência na população-alvo do estágio em questão neste relatório.

### **3.2.3. Perturbação Borderline da Personalidade ou Estado-limite**

#### **3.2.3.1. Descrição**

O termo borderline surge pela primeira vez na literatura médica em 1884 por Hugues como estado fronteira da loucura (Braconnier et al., 2007). Estima-se que cerca de 2% da população em geral sofre desta perturbação, cerca de 10% da população em ambulatório e de 20% no internamento psiquiátrico. Sobe até 30% a 60% na população com perturbações de personalidade (APA, 2002).

A perturbação estado-limite ocorre frequentemente em simultâneo com as perturbações do humor (APA, 2002).

Segundo Biskin e Paris (2012) os sintomas da PBL podem ser agrupados em quatro grupos distintos: problemas na afetividade, no funcionamento interpessoal, no controlo de impulsos e na cognição.

Quanto aos sintomas afetivos, o primeiro critério considerado é a presença de instabilidade afetiva devido a um humor reativo que pode durar horas e raramente dias. Estas alterações de humor parecem semelhantes às da PBP, porém há distinções claras como: a duração das flutuações do humor é menor do que na PBP; na PBL as alterações do humor vão melhorando ao longo da vida da pessoa; as alterações de humor na PBL

são despoletadas por eventos externos, sendo que estas pessoas são particularmente sensíveis à rejeição, falhanço e abandono; as alterações são entre depressão e raiva enquanto na PBP as variações são entre depressão e euforia (Biskin e Paris, 2012).

Outro sintoma afetivo é a irritabilidade intensa e inapropriada que se relaciona com a instabilidade afetiva do indivíduo com PBL (Biskin e Paris, 2012). Segundo Braconnier et al. (2007) esta fúria inusitada ou mal controlada por ser desviada contra o próprio indivíduo na forma de atos autoagressivos (este comportamento surge devido à instabilidade da pessoa com PBL mas Binskin e Paris consideram-no um sintoma impulsivo). Também é comum terem um sentimento crónico de vazio (Biskin e Paris, 2012). Este é frequentemente considerado uma prova do insucesso nas vinculações precoces e está relacionado com o abuso de substâncias e com comportamentos autoagressivos (Braconnier et al., 2007).

Além destes sintomas, as pessoas com PBL são consideradas temporalmente instáveis. A prevalência de perturbações tímicas nestes doentes é elevada e a depressão é característica não tanto pela sua intensidade, mas por determinados aspetos clínicos como: a escassez de abrandamento psicomotor, a desadaptação das pessoas da realidade interna e externa e uma particularidade dos afetos (Braconnier et al., 2007).

Também se verifica um sentimento de angústia que pode ir de um ligeiro mal-estar à grande crise de angústia com todas as manifestações somáticas que lhe estão normalmente associadas. Este sentimento invade o sujeito com facilidade, sem circunstâncias identificáveis que o desencadeiem. Mais do que a intensidade da angústia é o seu carácter difuso e incontrolável que surge como principal característica (Braconnier et al., 2007).

No que concerne aos sintomas impulsivos enumeram-se as tentativas de suicídio, os episódios de autoagressão e cortes recorrentes como forma de regular as emoções. A impulsividade e autodestruição na PBL podem ser manifestadas em comportamentos como: jogo; compras impulsivas; comer de mais; promiscuidade sexual. O abuso de substâncias é também frequente sendo que a dependência de substâncias e álcool é registado em mais de 50% dos pacientes com PBL (Biskin e Paris, 2012).

As passagens ao ato, auto ou heteroagressivas ilustram a desordem afetiva destes pacientes, para quem muitas vezes a relação com o outro não poderá passar senão pela manipulação impulsiva. Muitas vezes à distância o doente critica o seu gesto, mas outras, a clivagem impede uma elaboração originando a repetição, sendo que vários autores evocam mesmo uma certa dependência deste tipo de comportamentos. Os comportamentos de dependência podem ser considerados como uma “prótese externa” segundo Kernberg. O uso de substâncias pela gratificação imediata e pela falta secundária proporcionadas reproduz artificialmente a clivagem (Braconnier et al., 2007).

Especificamente o comportamento de automutilação representa uma estratégia de coping que é reforçada pelos efeitos produzidos pelo ato em si (diminuição da tensão). Uma pessoa que se automutila por norma apresenta uma elevada sensibilidade à rejeição interpessoal (Rao, Sudarshan e Begum, 2008).

O comportamento disruptivo como a automutilação, ou outros comportamentos impulsivos, pode resultar de uma tentativa do sujeito de mudar o foco da atenção do seu estado emocional negativo (Selby, Anestis, Bender e Joiner, 2009).

De acordo com o Modelo da Cascata Emocional, existe uma relação entre efeito negativo e processos ruminativos, que resultam numa cascata emocional iniciada por um evento

emocionalmente negativo. Este evento faz com que o indivíduo ruminie intensamente, aumentando por sua vez a intensidade da emoção e à medida que esta cresce, cada vez se torna mais difícil mudar o foco da atenção (Selby et al., 2009).

Segundo Leibenluft et al. cit in Rao et al. (2008) o ato de automutilação pode ser descrito em cinco estágios: **(1)** O evento precipitante (eg. Perca de uma relação significativa); **(2)** Aumento da disforia; **(3)** Tentativas para evitar a automutilação; **(4)** Automutilação; **(5)** Resultado (eg. libertação da tensão).

Como fatores preditores da automutilação em pacientes com PBL enumera-se a presença de perturbação depressiva major, maus tratos na infância (abuso e negligência) e ser do género feminino (Zanarini, Laudate, Frankenburg, Reich e Fitzmaurice, 2011).

Quanto aos sintomas interpessoais, estes consistem num padrão de relações instáveis caracterizado por extrema idealização e desvalorização. Estas pessoas realizam elevados esforços para evitar o abandono, e têm um distúrbio de identidade caracterizado por mudança frequente e repentina de objetivos, crenças, aspirações e identidade sexual, bem como um sentimento doloroso de incoerência. Por vezes estes pacientes sentem que assumem a identidade das pessoas que lhes são próximas (Biskin e Paris, 2012).

Estes pacientes têm grandes dificuldades relacionais, por vezes manipulando agressivamente o parceiro. Com este tipo de laço que reproduz vinculações parentais precoces, o doente alterna entre fusão e fuga e confronta o outro com a sua ambição afetiva nunca satisfeita (Braconnier et al., 2007).

Na PBL também se registam sintomas cognitivos. Cerca de 40 a 50% dos pacientes com esta perturbação têm breves períodos de sintomas psicóticos. Sintomas típicos incluem pensamentos paranoides e alucinações auditivas mas de duração muito mais curta do que na esquizofrenia, podendo durar apenas horas ou dias, e a sua presença está relacionada com eventos stressores. Outros sintomas cognitivos incluem a despersonalização (i.e. a sensação que o corpo está alterado de uma forma estranha), desrealização (i.e. achar que o mundo é bizarro e não real) e ilusões, que consistem em perceções erróneas de estímulos existentes (Biskin e Paris, 2012).

### 3.2.3.2. O corpo na Perturbação Borderline da Personalidade

Após a descrição da PBL verifica-se que estão presentes vários sintomas corporais que, consequentemente, podem consistir em objetivos terapêuticos na terapia psicomotora. Enumeram-se os seguintes: sensação de falta de controlo; escassez de abrandamento psicomotor; desadaptação da realidade interna e externa; impulsividade; desordem afetiva; dificuldades de focalização da atenção em diferentes estímulos; baixa autovalorização; distúrbio de identidade e despersonalização.

Probst et al. (2010) sugerem uma terapia psicomotora focada na experiência para estes pacientes, de modo a permitir aos indivíduos reorganizarem as suas experiências num ambiente seguro, contentor e terapêutico, através da relação terapêutica.

Neste sentido o movimento é usado como uma ferramenta terapêutica para estimular a aquisição de determinadas competências. O processo de mentalização durante as sessões de movimento é uma força terapêutica crucial. A abordagem psicomotora tem como objetivo compreender e interpretar os comportamentos dos pacientes em função dos estados mentais intencionais, como necessidades, desejos, sentimentos, crenças, objetivos e razões. O movimento aqui funciona como um laboratório para aprender a lidar

com as emoções. Ao mesmo tempo o processo de consciencialização e verbalização pode ser estimulado (Probst et al., 2010).

A terapia psicomotora é um adjunto importante nas psicoterapias. Por vezes os pacientes auto e hetero agressivos com défices na mentalização, não respondem às abordagens terapêuticas verbais só por si, e nestes casos pode-se combinar um trabalho corporal na psicomotricidade com um trabalho verbal na psicoterapia (Probst et al., 2010).

### 3.3. Perturbação Psicótica

#### 3.3.1. Descrição

A palavra psicose foi escrita pela primeira vez em 1845, por Ernst Freiherr von Feuchtersleben, um psicólogo alemão. Porém esta palavra teve um maior destaque em 1892, no trabalho de Möbius, no qual separa as doenças mentais em psicoses endógenas e exógenas (Lopes, 2001).

O termo Psicose é de difícil definição, existindo portanto uma grande variedade de conceitos (Lopes, 2001). Inicialmente psicose significava qualquer tipo de perturbação mental, que envolvia a perda do contacto com a realidade (Cardinal e Bullmore, 2011). Em *A Perda da Realidade na Neurose e Psicose* (1924), Freud refere que psicose é um distanciamento do ego (princípio da realidade) da realidade, com predomínio do id (princípio do prazer) sobre o ego (Lins, 2007).

De acordo com o DSM-IV, psicose é definida como uma “perda dos limites do “eu” ou uma marcada incapacidade de avaliação da realidade” (APA, 2002,p. 279). Assim é possível enumerar:

- Perturbação Esquizofrénica: deverá haver uma duração de pelo menos seis meses, com pelo menos um mês com demonstração de sintomas ativos (e.g. ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico, sintomas negativos).
- Perturbação Esquizofreniforme: com características equivalentes à Esquizofrenia, porém apenas terá uma duração entre um e seis meses e sem uma deterioração funcional.
- Perturbação Esquizoaffectiva: em simultâneo ocorrem episódios de perturbação do humor (e.g. depressivo major, maníaco ou misto) e sintomas positivos de esquizofrenia.
- Perturbação Delirante: Os delírios não devem ser caracterizados como bizarros e devem durar pelo menos um mês, sem outros sintomas da fase ativa da esquizofrenia.
- Perturbação Psicótica Breve: duração superior a um dia, seguida de remissão dentro de um mês.
- Perturbação Psicótica Induzida: a perturbação é desenvolvida num indivíduo no contexto de um relacionamento próximo com outro indivíduo que também a apresenta.
- Perturbação Psicótica Devida a um estado físico geral: as causas dos sintomas estão relacionadas diretamente com estado físico geral.
- Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias: as causas dos sintomas estão relacionadas diretamente com o consumo de substâncias.
- Perturbação Psicótica Sem outra Especificação: quando os quadros psicóticos não satisfazam os critérios de nenhuma Perturbação Psicótica.

Um estudo recente sugere uma prevalência de 3,06% de perturbações psicóticas, na qual 0,87% são casos de esquizofrenia (Cardinal e Bullmore, 2011).

### 3.3.2. Perturbação Esquizofrénica

#### 3.3.2.1. Descrição

Do grego *Skhizeinphren*, etimologicamente esquizofrenia significa dissociação da mente. Apesar do nome esta não é caracterizada pela mudança da personalidade, mas sim pela deterioração da mesma (Abarquez et al., 2010).

A esquizofrenia é uma perturbação psicótica tipicamente crónica que tem início entre o final da adolescência e o princípio da idade adulta, uma vez que é nestas idades que surge a autonomia total (Walker e Tessner, 2008).

Ao longo do tempo vários autores tentaram descrever a etiologia da esquizofrenia. Hoje em dia sabe-se que esta patologia não é consequência apenas de um fator genético ou envolvental, mas vista como uma perturbação heterogénea (Walker e Tessner, 2008).

A principal característica desta patologia é o corte com a realidade que a mesma provoca no paciente (Walker e Tessner, 2008), afetando a maneira como a pessoa atua, pensa e vê o mundo (Abarquez et al., 2010). A esquizofrenia é caracterizada por delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados, que causam uma disfunção social ou ocupacional. Para ser diagnosticada, os sintomas têm que estar presentes por seis meses e incluindo pelo menos um mês de sintomas ativos (APA, s.d.).

As influências dos sintomas diferem de pessoa para pessoa, dependendo da altura da sua manifestação e se é ou não provocado pelo consumo de substâncias (Abarquez et al., 2010). Os sintomas característicos são divididos em duas categorias, os sintomas positivos, que refletem um excesso ou distorção de funções normais e os sintomas negativos que refletem uma diminuição ou perda de funções normais (APA, 2002). Os primeiros englobam duas vertentes, a dimensão psicótica, que compreende os delírios e alucinações, e a dimensão desorganizada, que compreende discursos e comportamentos desorganizados. Os segundos englobam a ausência de vontade, de prazer, a apatia, a alogia e o embotamento afetivo (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV existem cinco tipos de esquizofrenia, definidos pela sintomatologia dominante na altura da avaliação, podendo o diagnóstico ser modificado ao longo do tempo: paranoide (presença de delírios, geralmente do tipo persecutórios e/ou de grandeza, organizados à volta de um tema, ou alucinações auditivas relacionadas com a temática delirante); desorganizado (discurso e comportamento desorganizado e embotamento do afeto); catatónico (envolve alteração psicomotora que pode levar a imobilidade motora, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia); indiferenciado (sintomas característicos são ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos); residual (quando existiu pelo menos um episódio de esquizofrenia mas na atualidade não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes e é evidente a presença de sintomas negativos de forma atenuada) (APA, 2002).

Comparando o DSM-V com o DSM-IV constata-se que o limiar dos sintomas foi alterado, sendo que é requerido que um indivíduo exiba no mínimo dois dos sintomas específicos (no DSM-IV apenas era exigido um). Outra alteração é que os critérios de diagnóstico já não identificam subtipos descritos. Estes eram utilizados para definir o sintoma

predominante no momento da avaliação, porém não eram úteis para os clínicos, pois os pacientes frequentemente mudavam de um subtipo para outro e por vezes apresentavam subtipos sobrepostos, o que fez com que estes perdessem a sua validade. Alguns destes subtipos são agora indicadores que ajudam nos pormenores do diagnóstico, por e.g., a catatonia (marcada por imobilidade motora e estupor) é utilizada como indicador para a esquizofrenia e outras condições psicóticas como perturbação esquizoafetiva. Este indicador também pode ser utilizado noutras perturbações como perturbação bipolar e perturbação depressiva major (APA, s.d.).

Na definição de esquizofrenia de Kraepelin e Bleuler, consideravam que a manifestação principal desta patologia é a dissociação (perda de coerência da unidade psíquica). As manifestações da dissociação ocorrem em três registos diferentes: a dissociação do pensamento (débito de discurso perturbado, encadeamento de ideias sem sequência lógica, preservação, perturbação na linguagem, diminuição nas faculdades de atenção); dissociação afetiva (emoções e afetos enfraquecidos) e dissociação psicomotora (maneirismo, paramimias, catatonia) (Braconnier et al., 2007).

### 3.3.2.2. Sintomas positivos

Alucinações são experiências sensoriais, involuntárias, que são entendidas como provenientes do meio envolvente, na ausência de estimulação dos recetores sensoriais relevantes. As alucinações podem ocorrer numa grande variedade de contextos mas talvez as mais significativas, devido à forma como debilitam e à sua intensidade, sejam na esquizofrenia. Neste caso, as alucinações possuem uma experiência real e emocional muito significativa, podendo ocorrer simultaneamente com delírios. As alucinações podem acontecer a qualquer nível sensorial, podendo acontecer a vários níveis em simultâneo: alucinações auditivas e visões são a forma mais comum na esquizofrenia (Weisholtz, Epstein, Stern e Silbersweig, 2010).

Estas experiências chegam a ser tão intensas que muitas pessoas com esquizofrenia estão verdadeiramente convencidas que têm um aparelho de transmissão no seu corpo ou acreditam em causas sobrenaturais para explicar as sensações. Estas vozes que as pessoas ouvem são, para elas, tão reais que não podem, nem conseguem, simplesmente descartar como imaginação. Há vezes em que as vozes controlam por inteiro a vida das pessoas que as ouvem, noutras fazem a pessoa “apagar-se”, ficar imóvel, apática (Gearing et al., 2010).

Delírio é definido como uma perturbação da consciência, que é acompanhada por uma alteração cognitiva que não pode ser associada a uma demência pré-existente ou em evolução. Este distúrbio desenvolve-se num curto período de tempo, geralmente horas ou dias e tende a variar a sua intensidade durante o passar do tempo (Cardinal e Bulmore, 2011).

### 3.3.2.3. Sintomas negativos

Os sintomas negativos na esquizofrenia incluem:

- Embotamento afetivo - reduzida intensidade e gama de expressões emocionais, manifestadas quer na comunicação verbal como na comunicação não-verbal. Inclui défices na prosódica, expressão facial, gestos com as mãos e movimentos corporais;
- Alogia - corresponde a pobreza no discurso no que concerne à quantidade e à espontaneidade, traduzindo-se em perda da fluência na conversação;

- Amotivação ou falta de vontade - corresponde a défices na iniciação e na manutenção e de objetivos para o comportamento, como trabalhar, estudar, praticar atividade física, higiene pessoal e outras atividades de vida diária, especialmente quando requerem esforço físico ou cognitivo e organização significativa. Também inclui défices no desejo de iniciar tais atividades encontrando-se relacionada com a apatia e falta de energia;
- Anedonia - corresponde a reduzida capacidade para experienciar ou antecipar prazer sendo que, o querer ter alguma experiência agradável encontra-se mais comprometido do que propriamente a valorização da experiência;
- Isolamento social - caracteriza-se por uma diminuição do interesse, motivação e apreciação de interações sociais com outras pessoas como família e amigos. Também compreende falta de interesse em relações íntimas independentemente de quaisquer problemas somáticos (Millan, Fone, Steckler e Horan, 2014).

Os sintomas negativos podem ser diferenciados entre sintomas primários e secundários. Os primeiros são inerentes ao processo da doença em si, tais como os sintomas positivos. Contudo os sintomas positivos em si (suspeição e paranoia) podem exacerbar os sintomas negativos. Considera-se então que os sintomas que são consequência da exclusão social, falta de estimulação envolvental, e efeitos secundários da medicação, classificam-se como secundários. I.e. os sintomas negativos na esquizofrenia podem refletir múltiplas causas, porém torna-se difícil distinguir os sintomas primários dos secundários (Millan et al., 2014).

#### 3.3.2.4. As alterações psicomotoras na Esquizofrenia

Movimentos lentificados na esquizofrenia são observados desde o início do século XX, tanto Kraepelin como Bleuler reconheceram estes fenómenos nesta perturbação (Morrens, Hulstijn e Sabbe, 2007; Morrens, Hulstijn, Lewi e Sabbe, 2008). Contudo com a introdução dos neurolépticos nos anos 50, alterou-se o foco de atenção dos sintomas motores e cognitivos para os sintomas positivos, resultando em décadas de lacunas na investigação do impacto e da natureza da lentificação no funcionamento psicomotor (Morrens et al., 2007).

No final dos anos 80 foi sugerido que os sintomas psicóticos talvez não seriam os sintomas nucleares da doença e deu-se então uma investigação extensa focada nos sintomas cognitivos e menos extensa nos sintomas psicmotores (King, 1991 cit in Morrens et al., 2007). Segundo Morrens et al. (2007), entende-se com o termo psicomotor todas as atividades ou sintomas que em vez de pensar ou sentir, o movimento ou a ação são o principal componente, i.e., onde o planeamento, programação e execução de movimentos têm um papel dominante.

Ao se compreender melhor os sintomas psicmotores exibidos pelos pacientes com esquizofrenia contribui-se para um melhor entendimento da doença em si (Morrens, Hulstijn, Lewi et al., 2008).

As atividades psicomotoras podem ser discretas ou contínuas, consistir num único movimento ou numa sequência e todas consistem em atividades cognitivas que exigem prática e expressam o nosso conhecimento. São capacidades essenciais para as atividades do dia-a-dia como vestir, cozinhar ou para os cuidados de higiene. As atividades psicomotoras são um elemento chave e determinante para a funcionalidade na esquizofrenia (Morrens et al., 2007).

#### 3.3.2.4.1. Sintomas Extrapiramidais, Sinais Neurológicos Suaves e Lentificação Psicomotora

Segundo Docx et al. (2012) os sintomas psicomotores na esquizofrenia podem ser divididos em três domínios: os sintomas extrapiramidais (EPS), os sinais neurológicos suaves (NSS) e a lentificação psicomotora.

EPS como discinesia, parkinsonismo e distonia são frequentemente observados em pacientes com esquizofrenia e apesar de serem associados a efeitos secundários da medicação, antes de surgirem os neurolépticos já existiam descrições dos mesmos (Pappa e Dazzan, 2009 cit in Docx et al., 2012).

Os antipsicóticos de segunda geração têm uma menor incidência de EPS como parkinsonismo, distonia, discinesia e a acatisia comparativamente com a primeira geração de antipsicóticos (Rummel-Kluge et al., 2012). Rummel-Kluge et al. (2012) compararam os diferentes antipsicóticos de segunda geração e concluíram que estes não são homogêneos nos efeitos secundários que podem provocar, e que apesar de provocarem menos EPS que os anteriores, não consistem numa medicação livre de efeitos secundários.

McCreadie, Srinivasan, Padmavati e Thara (2005) verificaram que EPS, nomeadamente discinesia e parkinsonismo, podem surgir em pacientes que nunca foram medicados. Estes sintomas aparentam ser parte integrante da doença e não são influenciados pelo envelhecimento ou cronicidade da psicose. Porém a natureza dos EPS em pacientes não medicados difere da dos pacientes medicados.

Quanto aos NSS, estes consistem em défices na coordenação e sequencialização de atividades motoras complexas, défices na integração sensorial, reflexos primitivos e lateralização cerebral (Boks, et al., 2000, cit in Docx et al. 2012). Convencionalmente, não correspondem a uma disfunção numa área específica do cérebro (Chan, Xu, Heinrichs, Yu e Wang, 2010; Sewell et al., 2010).

NSS têm sido associados a múltiplas características da esquizofrenia e são conceptualizados como sendo um marcador de vulnerabilidade para esta patologia, representando um fenótipo útil em estudos genéticos (Sewell et al., 2010). Estes sinais aparentemente estão presentes no primeiro episódio, em pacientes que nunca foram tratados e parecem deteriorar-se progressivamente em pacientes crónicos (Morrens et al., 2007).

NSS são tradicionalmente organizados em sete categorias: disfunção na integração sensorial; dificuldades na coordenação motora; dificuldades na sequencialização de ações motoras complexas; movimentos involuntários frontais; movimentos anormais dos olhos; perda de memória; dominância hemisférica (Heinrichs & Buchanan, 1988 cit in Sewell et al., 2010).

Quanto à lentificação psicomotora, esta consiste num fenómeno psicomotor caracterizado diminuição de vários processos motores como marcha, praxia fina, fala e expressões faciais (Morrens et al., 2007).

Existe evidência substancial tanto em termos de investigação clínica como neuropsicológica, que a esquizofrenia está associada a lentificação psicomotora, onde aqui o termo psicomotor é utilizado para caracterizar a variedade de ações humanas que envolvem processos cognitivos e sensoriomotores (Jogems-Kosterman, Zitman, Van Hoof e Hulstijn, 2001). Apesar desta lentificação tanto na iniciação como na execução

das ações não ser restrita à esquizofrenia e poder ser observada em outros pacientes (Bermanzohn & Siris, 1992 cit in Jogems-Kosterman et al., 2001), é vista como uma característica importante desta doença e caracterizada como um dos mais importantes sintomas negativos na esquizofrenia (Crow, 1980 cit in Jogems-Kosterman, et al., 2001).

Em pacientes com um diagnóstico mais severo os movimentos podem ser extremamente lentos e a atividade psicomotora pode estar reduzida ao mínimo, afetando a comunicação social e as suas atividades de vida diária (Morrens et al. 2007).

A lentificação psicomotora é considerada um fenómeno clínico importante na esquizofrenia e a sua natureza ainda não foi bem clarificada (Houthoofd, Morrens, Hulstijn, Sabbe, 2013; Grootens et al. 2009) mas envolve múltiplos aspetos como seleção de objetivos, inibição, planeamento, sequencialização e execução de tarefas (Grootens et al. 2009). Este sintoma é um fator prognóstico de uma pobreza em termos sociais, funcionais e clínicos (Morrens et al. 2007) e a presença de depressão pode agravar a lentificação (Jogems-Kosterman, et al., 2001; Morrens et al., 2007).

Grootens et al. (2009) utilizaram uma amostra heterogénea de pacientes recentemente diagnosticados com esquizofrenia e um grupo de controlo, ambos não medicados no momento de teste. Foi constatado que os pacientes recentemente diagnosticados com esquizofrenia foram significativamente mais lentos do que o grupo de controlo, em geral na fase de iniciação do movimento. Aparentemente os processos cognitivos que suportam o controlo motor, como seleção de objetivos, planeamento, sequencialização e inibição de respostas estão afetados em pacientes recentemente diagnosticados e até o planeamento de uma simples ação motora está perturbada neste grupo. Os resultados deste estudo sugerem que a lentificação psicomotora resulta de défices no planeamento e consiste num dos sintomas principais deste síndrome, consistente com o proposto por Kraepelin e Bleuler no início da investigação sobre a esquizofrenia.

Alguns autores sugerem que a lentificação psicomotora é apenas um efeito colateral do tratamento farmacológico. Porém tal não é consensual, alguns estudos demonstram que a medicação deteriora estas funções e noutros casos melhora. Pode-se concluir que este défice ocorre independentemente da medicação e o tratamento farmacológico influencia alguns aspetos do funcionamento psicomotor (Morrens et al., 2007).

Foram encontrados estudos que reportam outros sintomas psicmotores que não se enquadram na divisão proposta por Docx et al. (2012), mas aos quais o psicomotricista pode dar enfoque na sua intervenção. Estas alterações consistem em défices no controlo postural e equilíbrio, na perceção do tempo, na noção do corpo e no sentimento de identidade.

#### 3.3.2.4.2. Postura e equilíbrio

Um tipo específico de distúrbio no movimento constatado na esquizofrenia é diminuição do controlo postural e equilíbrio (Marvel, Schwartz e Rosse, 2004).

O controlo postural depende maioritariamente da integração da informação de três sistemas sensoriais: vestibular, propriocetivo e visual (Marvel et al., 2004). O cerebelo é tradicionalmente considerado um órgão que promove coordenação, equilíbrio, marcha e praxia fina (Picard, Amado, Mouchet-Mages, Olie e Krebs, 2008).

O processo de equilibração é dependente e modificador do tónus muscular. O cerebelo contribui, em conjunto com outros órgãos, não só para o tónus muscular subjacente à

postura do indivíduo e ao seu equilíbrio, mas também para o tónus de base dos movimentos (Correia e Melo, 2007).

A informação sobre o equilíbrio é determinada pelas mudanças no movimento da cabeça e é retransmitido do núcleo vestibular para o lobo floclonodular do cerebelo. A informação propriocetiva dos músculos e tendões nos membros são projetadas para o vérmis e permite que esta parte do cerebelo ajuste o tónus muscular. O input visual fornece informações sobre o movimento no campo visual de modo a que estímulos externos possam ser comparados com a informação sobre a própria orientação no espaço. O vérmis em particular usa toda esta informação para organizar a coordenação muscular de acordo com o tempo e deste modo o centro de gravidade fique dentro dos limites requeridos para uma posição vertical estável (Diener et al., 1989 cit in Marvel et al., 2004), constituindo num importante mecanismo neuronal para manter o controlo postural (Ouchi et al., 1999 cit in Marvel et al., 2004).

Vários estudos de imagens cerebrais revelam disfunções no vérmis em pessoas com esquizofrenia, e estas disfunções são encontradas cedo no curso da doença, incluindo no primeiro episódio e na ausência de tratamento farmacológico (Marvel et al., 2004).

Estes factos sugerem que pacientes com esquizofrenia apresentam disfunções na estrutura do vérmis e tal pode explicar o mecanismo patológico que provoca alterações no controlo postural e no equilíbrio (Marvel et al., 2004).

De facto, investigadores na área da esquizofrenia começam agora a relacionar défices posturais com neuropatologia do cerebelo (Marvel et al., 2004; Picard et al., 2008). Kinney et al. (1999) citado por Marvel et al. (2004) mostrou que sinais neurológicos relacionados com o cerebelo como perturbações no equilíbrio, ataxia, e descoordenação motora expressam-se com mais frequência em pacientes com esquizofrenia do que pacientes com perturbação bipolar, abuso de substâncias e grupo de controlo com pessoas saudáveis. Foi observado que 11% dos pacientes com esquizofrenia apresentavam défices no equilíbrio.

No estudo de Marvel et al. (2004) concluíram que os pacientes com esquizofrenia apresentam maior instabilidade postural comparativamente com o grupo de controlo. Tinham mais tendência para apresentarem maior instabilidade na direção antero-posterior e nas posições que implicavam mais alterações das condições, como estar com os pés juntos, com os olhos fechados e com os braços levantados. Os autores não encontram correlação entre antipsicóticos e défices no controlo postural porém, a exposição a longo prazo a estes medicamentos pode alterar estruturas no cérebro incluindo regiões que influenciam o controlo motor.

#### 3.3.2.4.3. Perceção temporal

A esquizofrenia é tipicamente caracterizada por uma perda de continuidade das experiências, consistindo numa fragmentação subjetiva do mundo e tal contribui para um comprometimento na estrutura temporal dos eventos (Martin, Giersch, Huron, Wassenhove, 2013).

Os estudos mais recentes demonstram que para os pacientes se aperceberem da assincronia entre dois eventos sensoriais, estes têm que ser separados por mais tempo do que para o grupo de controlo. O intervalo de atrasos temporais, que se situa abaixo do limiar da deteção da assincronia, constitui a janela real de integração e dentro dessa, os eventos são considerados ser simultâneos. Por isso a janela alargada de integração constatada em pacientes, sugere que estes estão a integrar informação durante mais

tempo ou em excesso, comparativamente com o grupo de controlo. Esta janela temporal alargada é observada no acesso explícito às informações temporais e pode constituir o centro da incapacidade geral de organizar os eventos no tempo (Martin et al., 2013).

Os resultados do estudo de Martin et al. (2013) sugerem que os défices na perceção temporal dos pacientes com esquizofrenia não são redutíveis a défices na perceção de ligação, mas sim os défices na estrutura temporal dos eventos podem prejudicar os mecanismos de ligação.

Martin et al. (2013) sugerem que, características temporais subtis nos processos de ligação dos eventos sensoriais e que, disfunções genéricas de oscilações neuronais são o cerne do comprometimento da perceção temporal na esquizofrenia.

#### 3.3.2.4.4. Noção do corpo

Os pacientes com esquizofrenia sofrem de sintomas de desincorporação, i.e., como não se sentissem em casa no seu próprio corpo, sentem-se desintegrados, ou como se o seu corpo tivesse sido dilacerado. Frequentemente têm pensamentos e atitudes invulgares sobre o seu corpo, bem como várias sensações corporais patológicas (Priebe e Rohricht, 2001). Na psicose a indiferenciação e a não-aceitação de limites do corpo provoca uma sensação de desenraizamento do mesmo. A pessoa com esquizofrenia sente que não habita o seu corpo, que vive num mundo de fragmentos, existindo conflitos na dialética externo-interno, objetivo-subjetivo, percebido-projetado (Amparo e Antúñez, 2012).

Segundo Priebe e Rohricht (2001), os estudos recentes têm resultados inconsistentes mas descrevem resultados de desenho do corpo (Draw-A-Person figures) incompletos, desintegrados, com uma subvalorização ou sobrevalorização do tamanho do mesmo revelando uma inexatidão da perceção do tamanho do corpo e perda da noção de limites.

Alguns resultados sugerem que pacientes com esquizofrenia paranoide aguda têm uma noção do corpo marcada por anomalias, em particular distúrbios na perceção. Estes distúrbios parecem diminuir com a redução dos sintomas psicóticos. Constata-se por vezes uma subvalorização das extremidades inferiores que parece estar associada a sintomas de ansiedade e a uma sobrevalorização que está ligada a sentimentos de grandiosidade (Rohricht e Priebe, 1996 cit in Priebe e Rohricht, 2001).

Neste estudo os autores concluem que distúrbios na perceção do tamanho do corpo, sentimento que algumas partes são invulgarmente pequenas e que o tamanho do corpo mudou, são sintomas específicos de uma perturbação na noção do corpo em pacientes com esquizofrenia paranoide e perturbação esquizoaffectiva. Perturbações no conceito do corpo alteram-se ao longo do tratamento agudo mas distúrbios na perceção do tamanho do corpo já não, e estes dois sintomas parecem distintos dos outros (Priebe e Rohricht, 2001).

#### 3.3.2.4.5. Sentimento de Identidade

Nós percecionamos o nosso envolvimento e nós mesmos através dos nossos sistemas sensoriais (Damásio, 2010). Os processos de organização neurobiológica e processamento de informação sensorial, que contribuem para uma efetiva interação com o envolvimento, são chamados de integração multissensorial (Bremner, et al., 2012 cit in Postmes et al., 2014).

É considerado que para vários aspetos de experiências normais do Eu é crucial o reconhecimento do próprio corpo, ações, imaginação, memória e consciência emocional (Damásio, 2010).

Comprometimentos na integração multissensorial têm sido demonstrados na esquizofrenia e muitos psiquiatras têm associado o conceito de esquizofrenia a desintegração do Eu, ligando esta perturbação do self às disfunções sensoriais (Postmes et al., 2014).

Estes distúrbios no conceito do Eu podem estar presentes antes do primeiro episódio psicótico e podem constituir um fator preditor para a psicose (Nelson et al., 2012 cit in Postmes et al., 2014) mas ocorrem em todas as fases da esquizofrenia (Parnas et al., 2011 cit in Postmes et al., 2014).

O espectro da esquizofrenia foi descrito como uma condição psiquiátrica associada à perda do sentido de coerência do Eu. Nesta perturbação a distinção entre eu-outro pode estar mal definida (Sass e Parnas, 2003).

O pobre funcionamento social observado na psicose pode ser considerado um marcador secundário de um distúrbio mais básico de reconhecimento do Eu (Nelson e Sass et al., 2009 cit in Ferri et al., 2012)

A consciência de si mesmo, como Eu corporal, articula-se essencialmente a partir da própria experiência sensoriomotora. Essa experiência proporciona um conhecimento pré-reflexivo e pré-verbal das potencialidades de ação, que dá forma à representação sensoriomotora de nós mesmos como seres corporais (Ferri et al., 2012).

Evidência convergente sugere que um fraco reconhecimento do Eu corporal na esquizofrenia está relacionado com o comprometimento da possibilidade de viverem no seu próprio corpo em termos de potencialidades motoras (Ferri et al., 2012).

Na esquizofrenia o reconhecimento do Eu e o reconhecimento do outro estão comprometidos devido a défices nos mecanismos multissensoriais, nomeadamente um diminuído reconhecimento do corpo, comprometimento do processamento emocional, falta de agentividade, desintegração dos inputs sensoriais e comprometimento na discriminação da origem dos estímulos (Roux et al., 2010 cit in Postmes et al., 2014).

A pessoa com esquizofrenia tem uma sensação de presença diminuída que pode ser resultante de défices no feedback somatossensorial e por sua vez enfraquecem a auto percepção sensorial. Proprioceção e sensações tácteis são essenciais para a ação e para a definição de limites do corpo. A discriminação do eu – outro depende fortemente da discriminação entre os inputs internos e externos (Thakkar et al., 2011 cit in Postmes et al., 2014).

Dependendo de qual feedback somatossensorial está comprometido, a incoerência percetual pode causar despersonalização, limites indefinidos, cenestopatia e diminuição do sentimento de agentividade e domínio (Sass e Parnas, 2003).

Postmes et al. (2004) propõem um modelo em que incoerência percetual está ligada aos distúrbios do Eu. Qualquer défice somatossensorial que resulte em incoerência percetual funciona como um vácuo no Eu sensorial. Para resolver esta incoerência o cérebro cria experiências através da imaginação, ou substitui a sensação de outros domínios do cérebro (memórias ou pensamentos que ocorriam com essa emoção) e deste modo preenche o vácuo sensorial. Por exemplo, diminuído feedback sensorial resulta numa

diminuição do reconhecimento do Eu expresso no sentimento sinistro de que alguma coisa está errada.

O feedback somatossensorial é um mecanismo importante para aspetos subjacentes ao reconhecimento do Eu, e comprometimento neste podem levar a incoerência percetual. Estratégias para colmatar a incoerência percetual podem levar a défices na monitorização da fonte do estímulo e a sintomas positivos (Postmes et al., 2014). Postmes et al. (2014) propõem um modelo em que os sintomas positivos resultam de estratégias de coping para colmatar as autoexperiências alienantes.

Terapias sensoriais complementares podem diminuir a incoerência percetual e assim aliviar a incoerência das autoexperiências (Postmes et al., 2014).

#### *3.3.2.4.6. Impacto das alterações psicomotoras*

Vários estudos relacionam a performance psicomotora com melhores resultados no tratamento da esquizofrenia. Pogue-Geile e Harrow (1985) citado no artigo de Morrens et al. (2007) verificaram que comprometimentos psicmotores na esquizofrenia consistiam no maior fator preditor para a re-hospitalização. Manschreck (1986) cit in Morrens et al. (2007), sugere que quanto maior a severidade da disfunção motora pior é o prognóstico da doença.

Uma fluente ação motora é crucial para a vida da pessoa e défices nestas áreas podem ter consequências sérias (Grootens et al., 2009). As dificuldades motoras são comuns na esquizofrenia e podem ser verificadas nas atividades de vida diária destes. O facto de se estar a prestar mais atenção a estes sintomas na investigação, espera-se que se abram mais perspetivas para o tratamento destes mesmos (Houthoofd et al. 2013).

Sintetizando, há evidência que os pacientes com esquizofrenia podem apresentar as alterações nas seguintes áreas: velocidade; coordenação motora; sequencialização de atividades motoras; integração sensorial; lateralização; marcha; praxia global; praxia fina; planeamento de ações; tempo de reação; controlo postural; equilíbrio; perceção do tempo; noção do corpo. Sabe-se que estes défices ocorrem independentemente da medicação mas também que podem ser agravados por esta.

Probst et al. (2010) sugerem uma intervenção psicomotora orientada para a ação nesta população. A terapia pode consistir num programa de redução do stress, um programa de ativação motora e/ou num programa de terapia psicossocial. O agravamento dos sintomas psicóticos está relacionado com o stress, enquanto os pacientes experienciam dificuldades em lidar com estes sentimentos, um programa de redução de stress deveria fazer parte do tratamento multidisciplinar. Um programa de redução do stress pode ser constituído por vários módulos nomeadamente: relaxação progressiva; yoga; terapia na água e treino da gestão do stress.

Num programa de ativação motora, os pacientes podem ser convidados a participar em sessões de caminhada, sessões psico-educativas sobre estilos de vida saudáveis e sessões de fitness. Quanto à terapia psicossocial deve-se ter em consideração o envolvimento do paciente num grupo (Probst et al., 2010).

#### 4. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

O estágio em questão ocorreu no Hospital de Dia de Psiquiatria (HD) e esta estrutura está integrada no Hospital de Egas Moniz (HEM), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

O CHLO é composto pelo Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), o HEM e o Hospital de Santa Cruz (HSC). Este centro é a unidade de referência para o Centro Hospitalar de Cascais, centros de saúde da área de Cascais, Ajuda, Alcântara, Carnaxide e Santo Condestável (Andrade, Estrela e Salvaterra, 2014).

O CHLO “tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas” (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, s.d.).

Antigamente o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) estava integrado no HSFX e estava vocacionado para a prestação de cuidados de saúde na área psiquiátrica e de saúde mental, sendo dividido em saúde mental e psiquiatria do adulto e psiquiatria da criança e do adolescente, funcionando em instalações diferentes (Andrade et al., 2014).

Este serviço foi reorganizado devido à reestruturação das políticas de saúde mental em Portugal, foi descontinuado o DPSM e criado o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto (SPSMA) integrado no HEM. Nesta reorganização foram descontinuados o serviço Unidade de Dia e Unidade de Vida Apoiada dando lugar ao HD (Andrade et al., 2014).

O SPSMA foi transferido para o HEM em Março de 2013, ficando sob dependência administrativa deste hospital. Manteve as mesmas valências, com algumas alterações: o serviço de internamento, anteriormente separado entre géneros, atualmente é um serviço misto; as equipas comunitárias; a psiquiatria de ligação; a psiquiatria forense; o hospital de dia de psiquiatria (Andrade et al., 2014).

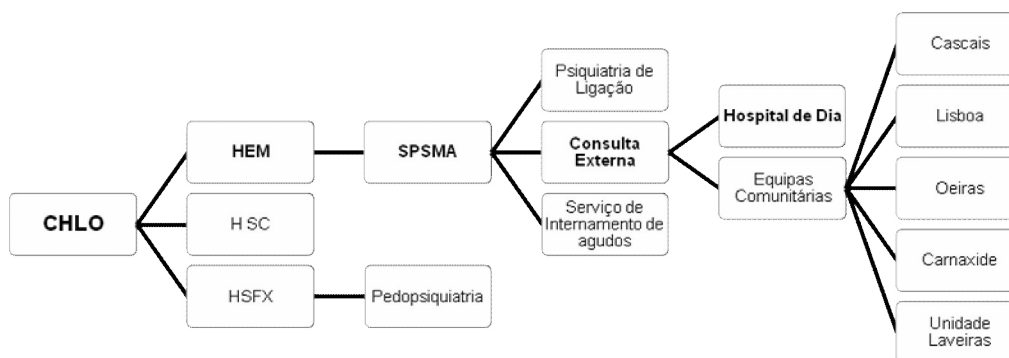


Figura 1: Organograma do SPSMA

Das equipas de saúde mental de intervenção comunitária, apenas a equipa de Lisboa funciona no espaço do HEM, as outras distribuem-se pelas respetivas áreas de influência. A psiquiatria de ligação é constituída por equipa de psiquiatras e psicólogos

que visam o acompanhamento a funcionários e utentes internados nos vários serviços do CHLO (Andrade et al., 2014).

Apesar de não integrar o SPSMA, existe ainda um espaço destinado ao funcionamento da Faculdade de Medicina da Universidade de Ciências Médicas de Lisboa (Andrade et al., 2014).

#### **4.1. O Hospital de Dia de Psiquiatria**

O SPSMA presta cuidados de saúde humanizados de elevada qualidade, em parceria com utentes, famílias e comunidade. Neste sentido, o HD constitui um dispositivo de tratamento integrado e flexível, que disponibiliza terapêuticas diárias em regime de internamento parcial, desenvolvendo o seu trabalho em estreita colaboração com o serviço de internamento de agudos e com as equipas comunitárias (Andrade et al., 2014).

Tem como objetivo geral oferecer um programa intensivo de tratamento a utentes que ainda não se encontrem estáveis e/ou que se acredita existir um potencial significativo de recuperação, contribuindo assim para que os utentes retornem a uma vida ativa e plena de forma mais rápida e completa (Andrade et al., 2014).

O HD tem como objetivos intermédios otimizar a terapêutica farmacológica dos utentes; desenvolver uma abordagem psicoterapêutica e promover a mudança psicológica; promover a aprendizagem do doente sobre a doença mental e o desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com ela (psicoeducação); promover estilos de vida saudáveis e vigilância de saúde (educar para a saúde); intervir nas famílias, de forma informativa mas também terapêutica; desenvolver outras técnicas terapêuticas (ergoterapia) (Andrade et al., 2014).

O programa do HD integra tratamentos nas vertentes bio-psico-social, com especial enfoque nas duas primeiras vertentes pois, por e.g. as limitações económicas que possam condicionar a frequência do HD devem ser tidas em conta pelo serviço/equipa que faz a proposta. Este serviço funciona diariamente das 9h às 17h, em regime de exclusividade e as atividades realizadas são maioritariamente em grupo. A frequência no HD é ajustada a cada caso sendo que nem todos os utentes frequentam todas as atividades (Andrade et al., 2014).

A referenciação para o HD pode ser feita a partir do internamento, da consulta externa e área particular/privado, e como doentes preferenciais para a frequência do mesmo são doentes psicóticos, com esquizofrenia e/ou perturbação bipolar, e com perturbações da personalidade (Borderline e outras). A idade mínima para a referenciação é de 18 anos e a idade máxima 65 anos. Como critérios de inclusão principais tem-se então o diagnóstico (doentes com problemática grave de saúde mental, psicótica ou outra) nas quais se acredita haver potencial de recuperação. Como critérios de exclusão têm-se a presença de demência, delirium, dificuldades intelectuais de desenvolvimentais, consumo ativo de substâncias, risco iminente de comportamento auto ou heteroagressivo, grandes dificuldades no acesso às instalações e ausência de suporte social (Andrade et al., 2014).

O tempo de permanência neste serviço é de 0 a 18 meses, preferencialmente 12 meses, e tem como lotação máxima 20 utentes em frequência diária (Andrade et al., 2014).

Durante o percurso do utente nesta estrutura realizam-se avaliações regulares no sentido de aferir a evolução deste e se tomar a decisão de alta. A alta pode ocorrer em quatro modalidades, sendo antes discutida em reunião de equipa:

- Alta clínica, por indicação técnica e discutida com o utente;
- Alta a pedido do utente / família, por e.g. para integrar outra estrutura, alteração do local de residência, etc;
- Alta por abandono, tenta-se o contacto com o utente e família, e encaminha-se para a equipa de referência;
- Alta compulsiva, devido a comportamento agressivo para com pessoas ou objetos e incumprimento de normas do serviço (Andrade et al., 2014).

O HD dispõe de uma equipa multidisciplinar, onde a equipa fixa e permanente é constituída por dois enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, um médico psiquiatra, um psicólogo e uma assistente operacional. Existem outros profissionais que colaboram com o HD nomeadamente uma terapeuta ocupacional (que está vinculada ao internamento, mas realiza uma atividade de mediação corporal), uma assistente social (vinculada à equipa comunitária mas colabora com o HD quando necessário) e uma secretária de unidade (acumula funções com a equipa comunitária) (Andrade et al., 2014).

O HD integra também uma perspetiva formativa, constituindo-se como um espaço de aprendizagem para vários profissionais e alunos da área da saúde nomeadamente, enfermagem, medicina, psicologia e psicomotricidade (Andrade et al., 2014).

Quanto aos recursos físicos, este serviço dispõe de três espaços funcionais, um wc e uma arrecadação. Um dos espaços funcionais é uma sala para os técnicos, que por vezes também é utilizada para entrevistas com utentes, familiares e outros profissionais. Outra é sala de refeições dos utentes que também funciona como uma área lúdica e de socialização e, por vezes, é utilizada para intervenções terapêuticas em grupo (Andrade et al., 2014).

O terceiro espaço funcional corresponde à sala de grupos (ou gabinete 8) onde se realizam maioritariamente as dinâmicas de grupo, mas também as intervenções individuais e familiares. Às quartas e quintas-feiras o HD dispõe de um gabinete de observação no espaço da equipa comunitária de Lisboa durante o período da manhã (Andrade et al., 2014).

Apesar de não ser um espaço que pertença ao HD a sala de aulas tem a sua localização na mesma área das instalações do HD e, por vezes, quando disponível, é utilizada pelos técnicos para intervenções com os utentes (individuais, de grupo ou familiares).

#### **4.2. Enquadramento Legal da Prática Profissional dos Psicomotricistas**

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), os psicomotricistas “podem exercer a sua atividade profissional no âmbito terapêutico, reabilitativo, reeducativo e/ou preventivo, nas mais diversas situações ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo” (APP, s.d.).

Os psicomotricistas podem desenvolver o seu trabalho a nível público ou privado, nomeadamente: jardim-de-infância, escolas, escolas de ensino especial, centros de dia, instituições para pessoas com deficiência, residências para crianças e jovens, hospitais gerais e psiquiátricos, instituições de inserção social, associações desportivas, projetos municipais, centros de atividades, instituições para pessoas idosas e clínicas privadas (APP, s.d.).

A APP já dispõe do regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses e do código deontológico.

A profissão de psicomotricista está regulamentada nas Instituições Particulares de Solidariedade Social mas ainda não está regulamentada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. Devido a este facto a APP continua a desenvolver iniciativas neste sentido (APP, s.d.).

Contudo, na rede de referência de psiquiatria e saúde mental, documento fundamental no âmbito da saúde mental, o enquadramento do psicomotricista nesta área é visível tendo em conta a integração destes profissionais em diferentes centros hospitalares e instituições. Segundo Heitor et al. (2004) é prioritário melhorar a gestão de recursos humanos e promover novas profissões emergentes nesta área da saúde como a psicomotricidade, entre outras, de forma a potenciar um desenvolvimento dos recursos humanos existentes.

### III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

#### 1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O estágio curricular teve início a 16 de Outubro de 2013 e terminou a 6 de Junho de 2014, tendo havido apenas uma interrupção no Natal (de 23/12/13 a 05/01/14). Em anexo encontra-se, de forma geral, a calendarização das atividades de estágio (consultar anexo A).

As atividades de estágio dividiram-se em tempo de contacto com a instituição, onde aqui se destaca a observação participada, a intervenção psicomotora propriamente dita, a participação nas diferentes reuniões, o planeamento semanal das atividades junto da equipa e reuniões com a orientadora de estágio local; reuniões semanais com o orientador de estágio académico que contemplavam esclarecimentos de dúvidas diversas e apresentações de estudos de caso (com uma média de 3 horas semanais); e horas de estudo, que consistiam na realização dos planeamentos de sessão, dos relatórios de sessão, na preparação de apresentações, na preparação de material para as sessões, etc. Foram ainda realizadas outras atividades que completaram a formação da aluna, encontrando-se descritas pormenorizadamente no ponto 7 deste capítulo.

O estágio iniciou-se com um período de observação participada que ocorreu no mês de Outubro e Novembro e consistiu na observação das intervenções realizadas no HD pela enfermagem e pela terapia ocupacional.

Quanto às intervenções no HD, sem a terapia psicomotora, estas organizam-se da seguinte forma:

**Tabela 1:** Horário das atividades do HD

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
<b>10h</b> Reflexão de fim-de-semana	<b>9h30m</b> Mediação Corporal	<b>10h</b> Grupo Psicoeducativo/ Grande Grupo	<b>9h30m</b> Caminhada	<b>9h30m</b> Sessão Clínica
<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico 1 e 2	<b>10h</b> Espaço Twitter <b>11h30</b> Reunião de Equipa
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
<b>14h</b> Jogos terapêuticos	<b>14h</b> Biblioterapia	<b>14h</b> Desenvolvimento de competências comunicacionais/ Grupo Iniciativa	Planeamento das atividades	

Estas atividades são ajustadas semanalmente, são dinamizadas pela equipe de enfermagem (AE), pela terapeuta ocupacional (TO), pelo psicólogo (P) ou pela médica psiquiatra (PQ) e têm a seguinte descrição:

- Reflexão do fim-de-semana (AE): Esta atividade consiste numa aferição da gestão do fim-de-semana. Tem como objetivos avaliar as dificuldades de cada utente no desempenho de atividades do seu quotidiano, estimular a responsabilização e a autodeterminação, promover a autonomia, incentivar as relações sociais e promover a realização de atividades de lazer;
- Grupo psicoterapêutico (P): Tem como objetivo promover a mudança psicológica;
- Grupo psicoterapêutico 1 (P): Grupo terapêutico semanal para pessoas com perturbações da personalidade e PBP;
- Grupo psicoterapêutico 2 (PQ): Grupo terapêutico semanal para doentes com psicose;
- Jogos terapêuticos (AE): Nesta atividade é pretendido um treino de competências através de dinâmicas de grupo que surgem em contexto de jogo;
- Mediação corporal (TO): Consiste em técnicas de mobilização do corpo, que visam o desenvolvimento de várias competências para promoção de saúde e bem-estar;
- Biblioterapia (AE): Consiste no uso terapêutico da literatura, com orientação ou intervenção de um terapeuta, com os seguintes intuítos: capacitar para a exploração de problemas; promover a expressão de pensamentos e sentimentos; aumentar o insight e a autoconsciência; apoiar o diagnóstico e proporcionar informação sobre a personalidade; provocar mudanças positivas ao nível cognitivo (memória, atenção, capacidade de síntese, etc.), autoestima e comportamentos adaptativos;
- Grupo Psicoeducativo (AE): Este grupo tem como base um programa específico de psicoeducação que abrange diversos temas (eg. ruminação, catastrofização, pensar positivo, saltar para conclusões precipitadas, etc.) e tem como objetivos diminuir a taxa de recaída dos pacientes, favorecer a adesão ao tratamento (medicação), favorecer o acesso a cuidados integrados, promover a compreensão da doença mental, contribuir para a adesão à terapêutica e às estruturas de saúde, reduzir as crises e prevenir as recaídas;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais (AE): Esta atividade surge no mesmo horário do grupo iniciativa pois foi desenvolvida tendo em conta determinados módulos (eg. assertividade, pedido positivo, expressão de sentimentos desagradáveis, etc.), que, quando terminaram, foi substituída por uma atividade diferente. Tem como objetivos compreender as emoções, reconhecer mecanismos de gestão de emoções e desenvolver competências de comunicação;
- Grupo Iniciativa (AE): Consiste num espaço onde os utentes podem dinamizar uma atividade. Semanalmente cada utente fica responsável por este grupo reunindo-se com os enfermeiros ou com a psicomotricista para organizar o mesmo. Tem assim como objetivos promover a tomada de iniciativa e melhorar as competências comunicacionais;
- Caminhada (AE): Consiste em realizar uma caminhada no exterior do HEM e tem como finalidade impulsionar a prática de exercício físico como um hábito de vida saudável;
- Espaço twitter (AE): Este grupo tem como objetivo a aferição da gestão da semana. Consiste num espaço onde, de forma sucinta, o utente expõe como se sentiu ao longo da semana de forma não-verbal;

- **Espaço culinária (AO):** É uma atividade onde os utentes cozinham com apoio da assistente operacional, de forma a promover a sua autonomia;
- **Grande Grupo:** Este grupo realiza-se uma vez por mês e pretende-se que participem todos os técnicos e utentes, tendo como propósito abordar as questões de funcionamento do HD;
- **Sessão Clínica:** Esta sessão é aberta a todos técnicos do SPSMA, sendo que semanalmente cada uma das valências do mesmo serviço fica responsável por fazer uma apresentação;
- **Reunião de equipa:** Consiste num momento onde se reúnem os técnicos do HD e se discutem casos e questões técnicas do funcionamento do mesmo, promovendo a multidisciplinariedade e a comunicação entre os elementos da equipa;
- **Planeamento das atividades:** Este apenas diz respeito aos grupos da enfermagem e a psicomotricista quando iniciou o estágio passou a estar presente neste momento, contribuindo com sugestões para as AE (eg. textos para a biblioterapia, jogos para os jogos psicoterapêuticos, etc.) e procurando uma estreita articulação entre as atividades desenvolvidas nas sessões de psicomotricidade e os temas abordados nas AE.

A 02/12/13 a estagiária iniciou as intervenções psicomotoras individuais sendo que, nas duas primeiras semanas de Dezembro ocorreram as avaliações iniciais, e a intervenção propriamente dita teve início na terceira semana do mesmo mês. Nesta fase, a estagiária continuou a observar as AE e TO e organizava as suas intervenções antes dos grupos da manhã ou depois dos grupos da tarde, ou ainda os utentes que não iam ao grupo psicoterapêutico (que à frente serão descritos com maior pormenor) tinham sessões individuais nesse horário. Desta forma a terapia psicomotora complementou as intervenções já existentes sem as substituir.

Em Janeiro começaram as sessões de grupo de terapia psicomotora, na primeira semana começou o grupo para todos os utentes do HD (Grupo Psicomotricidade) e na segunda semana do mesmo mês ocorreu a primeira sessão do grupo para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (Grupo E).

Sendo assim, com os grupos de intervenção psicomotora, as atividades do HD passaram a organizar-se da seguinte forma:

**Tabela 2:** Horário das atividades de Psicomotricidade integradas no funcionamento do HD

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Tempo para Sessões Individuais de Terapia Psicomotora				
<b>10h</b> Reflexão de fim-de-semana	<b>9h30m</b> Mediação Corporal	<b>10h</b> Grupo Psicoeducativo/ Grande Grupo	<b>9h15m</b> Grupo E <b>10h</b> Grupo Psicomotricidade	<b>9h30m</b> Sessão Clínica
<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico	<b>11h30</b> Grupo Psicoterapêutico 1 e 2	<b>10h</b> Espaço Twitter <b>11h30</b> Reunião de Equipa
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço

<b>14h</b> Jogos terapêuticos	<b>14h</b> Biblioterapia	<b>14h</b> Desenvolvimento de competências comunicacionais/ Grupo Iniciativa	Planeamento das atividades	
----------------------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--

---

Tempo para Sessões Individuais de Terapia Psicomotora

---

Em Janeiro, como a estagiária aumentou o tempo de intervenção psicomotora, foi decidido em conjunto com a orientadora de estágio local reduzir o número de intervenções observadas. A aluna passou então a assistir aos jogos terapêuticos e à mediação corporal pela ligação que estas atividades têm à Reabilitação Psicomotora; ao grupo psicoeducativo pela aprendizagem das questões da própria doença mental; à sessão clínica pelo momento formativo que era proporcionado; à reunião de equipa de forma a promover a multidisciplinariedade e articulação do trabalho realizado pelos vários técnicos; e no planeamento das atividades de modo a que a intervenção psicomotora e as AE fossem complementares. A estagiária, devido ao seu gosto pessoal continuou a participar nas sessões de biblioterapia. A participação da aluna nestas atividades consistiu num momento de aprendizagem, de contributo para o aprofundamento das competências profissionais e possibilitou que a intervenção psicomotora desenvolvida fizesse parte integrante das atividades do HD.

### 1.1. Contexto de intervenção

A intervenção psicomotora no HD ocorria na sala dos grupos ou na sala de aulas (locais descritos anteriormente no ponto 6.1. do documento). Quanto aos materiais estes eram praticamente inexistentes, porém quando a aluna iniciou o estágio foi feita uma requisição de colchões, passando a dispor de cerca de 20 colchões (tipo esteira). Nas instalações do HD havia o seguinte material:

- 20 Colchões (tipo esteira)
- 2 Bolas
- Cobertores
- Quadro branco e canetas
- Cesta
- Cartolinas
- Material para pintar: lápis de cor, canetas e aguarelas

Consoante o que era planeado para cada sessão a estagiária por vezes trazia material de casa (eg. bolas, lenços, lã) ou solicitava à Terapeuta Ocupacional (eg. arcos, cordas).

Quanto à população atendida, esta correspondia aos pacientes que eram indicados para o HD. Em seguida serão descritos os critérios de encaminhamento específicos para a psicomotricidade.

## 2. O PROCESSO TERAPÊUTICO

O processo terapêutico de intervenção psicomotora em saúde mental segue fases típicas. Por norma, após a referenciação para a terapia psicomotora, o terapeuta realiza

uma entrevista para conhecer o sujeito e perceber quais as suas necessidades. Caso seja necessário obter mais informações acerca deste, o psicomotricista realiza uma avaliação formal selecionando os instrumentos que melhor se adequam ao caso específico. Após o plano terapêutico estar delineado com objetivos, atividades, estratégias e calendarização, procede-se à intervenção propriamente dita. Como forma de controlo do processo, o psicomotricista pode realizar uma avaliação intermédia e no final da intervenção realiza a avaliação final de forma a perceber o que mudou no indivíduo.

### **2.1. Critérios de encaminhamento**

Tendo em conta a estrutura do HD e a população atendida neste, foram definidos como critérios de encaminhamento para atendimento em psicomotricidade todas as pessoas que pudessem evoluir melhor através do agir, do investimento corporal e da experimentação, que pudessem beneficiar de uma forma de expressão que não a verbal e casos onde existissem défices psicomotores específicos. Na prática isto traduzia-se por pessoas que apresentavam défices de mentalização, no acesso ao pensamento simbólico, casos de ansiedade generalizada, ansiedade social, fobias específicas, impulsividade, lentificação psicomotora, agitação motora, dificuldades na expressão verbal, alterações nos fatores psicomotores (na tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina).

### **2.2. A Avaliação**

Em seguida serão descritos os instrumentos de avaliação utilizados, os que foram pensados serem os mais úteis para detetar quais as necessidades dos sujeitos encaminhados, e como forma de controlo de cada processo terapêutico definido. Estes instrumentos foram utilizados, na sua maioria, com uma referência a critério devido a dois fatores: por um lado não estarem validados para a população portuguesa, e por outro acredita-se que mais importante do que comparar o indivíduo com a norma é que hajam melhorias tendo em conta o seu potencial de recuperação. Apenas o SCL-90-R foi utilizado com referência à norma, de modo a perceber-se melhor quais as áreas em que o sujeito tinha mais dificuldade, i.e., quais as que apresentavam valores considerados patológicos ou não.

Igualmente importante que utilizar instrumentos de avaliação específicos, são os dados obtidos através da observação. Estes revelam informações preciosas acerca do modo de funcionamento do sujeito, o seu olhar, postura, gestualidade, vestuário, a forma como conta a história e são meios úteis para se compreender o indivíduo. Na tentativa de auxiliar o psicomotricista na obtenção destes dados, a estagiária, em conjunto com o orientador académico, propõe um modelo de entrevista clínica.

#### **2.2.1. Ficha de Caracterização Clínica de Martins e Melo**

Esta ficha foi elaborada por Martins e Melo (2014) e foi criada para servir de suporte à primeira entrevista que o psicomotricista realiza no contexto de saúde mental de adultos (consultar anexo B para ver a ficha completa). Inclui diretrizes que podem auxiliar o psicomotricista no primeiro contacto, permitindo uma melhor caracterização e compreensão do caso e também a consequente construção de objetivos. Este modelo estruturado permite uniformizar a realização das entrevistas e disponibilizar um referencial comparativo homogéneo para diferentes casos. Esta estrutura não é fixa, podendo ser ajustada a cada paciente.

A entrevista está estruturada para durar cerca de 60 minutos (50 minutos em contacto com o paciente e 10 minutos a preencher pelo técnico). A primeira página deverá ser preenchida pelo técnico antes da entrevista, tendo em consideração as informações disponibilizadas pelo técnico responsável pelo encaminhamento.

A entrevista encontra-se dividida em quatro partes. A primeira está prevista para durar cerca de 10 minutos, e pretende identificar as queixas e a motivação para a terapia. Deverá iniciar-se com uma pergunta aberta do tipo "o que o trás por cá?". É importante que o terapeuta tenha em conta as primeiras frases pronunciadas pelo paciente, as quais revelam habitualmente o que o paciente quer valorizar no olhar do terapeuta. Também permite ao psicomotricista perceber o insight do paciente relativamente à sua patologia.

Neste contexto de atendimento, se o utente vem acompanhado, o comportamento deste também deverá ser observado, pois a própria natureza do problema também pode ser transmitida pelas suas atitudes, nomeadamente sobre o nível de partilha do problema, ou desejo de controlo da situação.

A segunda parte corresponde a uma anamnese metódica que pode durar cerca de 20 minutos. Esta parte consiste na caracterização da vida atual do paciente.

A terceira parte da entrevista dura cerca de 20 minutos e consiste numa anamnese associativa, que tem como principal objetivo aferir quais as causas apontadas pelo paciente para a crise atual ou para a doença no geral.

A quarta parte é preenchida após finalizado o contacto com o paciente e está previsto demorar cerca de 10 minutos. Permite esquematizar aspetos importantes do discurso verbal e não-verbal, as faculdades de atenção e memorização. O terapeuta deverá refletir também sobre as emoções sentidas durante a entrevista e analisar também as características predominantes da relação estabelecida. Nestas considerações finais poderão também ser colocadas questões consideradas pelo terapeuta ainda em aberto, e que serão alvo de futura investigação.

Esta ficha de caracterização clínica apenas foi elaborada no final do estágio e assim sendo não foi utilizado este modelo propriamente dito nas entrevistas clínicas realizadas.

### 2.2.2. Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca

A Bateria Psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca de 1975, permite obter a qualidade do perfil psicomotor da criança, refletindo o grau de organização neurológica das três principais unidades segundo Luria, estando associado ao potencial de aprendizagem que diz respeito tanto à integridade como à dificuldade (Fonseca, 2010).

A sua finalidade é detetar e identificar crianças com dificuldades de aprendizagem e os testes podem ser aplicados a crianças, adultos ou gerentes pois podem ocorrer alterações psicomotoras em qualquer idade (Fonseca, 2010).

A BPM consiste numa bateria de observação que permite verificar várias componentes do comportamento psicomotor da pessoa, de uma forma estruturada e não estereotipada. Esta bateria decompõe-se nos sete fatores psicmotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, subdivididos em vinte e seis subfatores (Fonseca, 2010).

Quanto às suas tarefas, estas permitem identificar o grau de maturidade psicomotora e detetar sinais desviantes, podendo-se observar as estruturas tonicomusculares, o controlo vestibular e proprioceptivo postural, a segurança gravitacional, o equilíbrio estático

e dinâmico, a dominância manual e telerreceptiva, a somatognosia e o grau de organização tactiloquinestésica do corpo, a organização e orientação espacial, a memória auditiva, a dissociação, planificação e sequencialização de movimentos e ainda a proficiência da praxia fina. Permite também observar as faculdades de atenção, as aquisições de processamento de informação, a estrutura cognitiva e o comportamento emocional (Fonseca, 2010).

É então constituída por onze itens, dos quais quatro dizem respeito a características do indivíduo e avaliação de parâmetros que podem influenciar os resultados (sendo estes o aspecto somático, desvios posturais, controlo respiratório e fadigabilidade) e os restantes sete correspondem aos fatores psicmotores referidos anteriormente. Cada fator está dividido em subfactores, aos quais estão associadas tarefas que ao ser avaliadas permitem inferir sobre os níveis superiores. No total, 42 tarefas distribuídas entre os fatores permitem classificar o perfil psicomotor, calculado pela média de cada fator e pela média total. A cotação máxima é de 28 pontos (4 pontos x 7 fatores) e a mínima de 7 pontos. Com base nos intervalos pontuais pode construir-se uma escala, classificando como perfil deficitário num intervalo de 7-8 pontos, perfil dispráxico de 9 a 13, normal de 14 a 21, bom de 22 a 26, e finalmente, superior de 27 a 28 (Fonseca, 2010).

Em cada tarefa, fator e na totalidade, (através de médias sucessivas) a pessoa pode ser classificada em quatro perfis psicmotores:

- Perfil psicomotor deficitário: perfil apráxico. Caracteriza-se por uma realização imperfeita, incompleta e descoordenada (fraca) da maioria das tarefas da bateria;
- Perfil psicomotor dispráxico: Caracteriza-se pela realização das tarefas requeridas com dificuldades de controlo e com combinações de sinais desviantes em diversos fatores. Traduz que alguns fatores estão hesitantemente integrados e organizados;
- Perfil psicomotor normal: perfil eupráxico. É obtido por pessoas cuja performance é controlada e adequada, podendo apenas por vezes surgir alguma imaturidade ou imprecisão de controlo num ou outro subfactor;
- Perfil psicomotor superior: perfil hiperpráxico. Pressupõe uma realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (excelente) de todas as tarefas, traduzindo uma organização psiconeurológica normal.(Fonseca, 2010).

Com base no perfil obtido, o observador pode retirar considerações sobre a significação psiconeurológica dos comportamentos manifestados, de forma a ter possibilidade de realizar uma decisão informada quanto ao encaminhamento a dar ao caso ou às estratégias interventivas a implementar. (Fonseca, 2010).

A administração não requer materiais sofisticados e pode levar cerca de 30-40 minutos para um observador treinado (Fonseca, 2010).

No caso específico deste estágio em questão, a BPM foi aplicada a adultos de modo a obter informação acerca das áreas psicomotoras mais afetadas. Permitiu também verificar os fatores psicmotores onde ocorreu evolução, após a intervenção, através da comparação entre as avaliações iniciais e finais.

Devido ao facto de o toque direto ser demasiado invasivo para algumas pessoas numa primeira avaliação, a estagiária optou por não realizar as provas que exigiam contacto físico (nomeadamente as paratonias e sentido cinestésico). De modo a se poderem estabelecer comparações intra e inter individuais, a estagiária procurou replicar as mesmas condições de aplicação da BPM em todas as avaliações.

Quanto ao material utilizado, houve a necessidade de se fazer um ajuste nas provas correspondentes à avaliação do equilíbrio dinâmico pois não existe uma trave no hospital, foram então realizadas com linhas desenhadas no chão com a mesma dimensão da trave.

### 2.2.3. Symptom Checklist-90-Revised de Leonard R. Derogatis

A Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) é uma escala de autoavaliação composta por 90 itens, desenvolvida por Degoratis em 1975, criada para refletir os padrões de sintomas psicológicos de doentes psiquiátricos. Cada um dos 90 itens é classificado numa escala de 5 valores de sofrimento: 0 – nada; 1- pouco; 2 – às vezes; 3 – bastante; 4 – quase sempre (Fuentealba e Bravo, 2008).

A escala é cotada e interpretada tendo em conta as 9 dimensões de sintomas primários e 3 índices globais de sofrimento (Degoratis, 1977 cit in Lavado, 2008). As dimensões são as seguintes:

1. Somatização: Reflete o aparecimento de sofrimento a partir de perceções de disfunções corporais. Estão incluídas queixas como problemas cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios e outros sintomas com forte mediação autónoma, bem como sintomas somáticos equivalentes de ansiedade;
2. Obsessão - Compulsão: Esta dimensão centra-se em pensamentos, impulsos e ações que são experimentados como irresistíveis e persistentes pelo sujeito, mas são indesejáveis;
3. Sensitividade Interpessoal: Esta dimensão está relacionada com sensações de inadequação pessoal e de inferioridade perante os outros. São também incluídos sentimentos de autodepreciação, preocupação excessiva e desconforto acentuado durante interações interpessoais;
4. Depressão: Estão incluídos sintomas de humor e afeto disfóricos que expressam o desinteresse pela vida, a falta de motivação e perda de energia vital;
5. Ansiedade: Nesta dimensão estão incluídos sinais gerais de ansiedade como nervosismo, tensão, tremores, ataques de pânico e sentimentos de terror;
6. Hostilidade: Reflete pensamentos, sentimentos ou ações características de um estado de afeto negativo de raiva incluindo agressão, irritabilidade, furor e ressentimento;
7. Ansiedade Fóbica: Esta dimensão é caracterizada por respostas de medo persistente, irracional e desproporcional aos estímulos e que leva a comportamentos de evitamento ou de fuga. A estrutura desta dimensão é próxima da definição de agorafobia;
8. Ideação Paranoide: Representa comportamentos paranoides como um modo de perturbação do pensamento, nomeadamente hostilidade, suspeição, grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia e ideias delirantes;
9. Psicotismo: Os itens desta dimensão são indicativos de um estilo de vida introvertido, isolado e esquizoide, são também incluídas as alucinações e difusão de pensamentos (Degoratis, 1977 cit in Lavado, 2008).

Os índices globais (índice de severidade global, índice de sofrimento de sintomas positivos e total de sintomas positivos) fornecem maior flexibilidade na avaliação do estado psicopatológico dos indivíduos (Fuentealba e Bravo, 2008).

Esta escala é de aplicação rápida pois demora cerca de 12 a 15 minutos a completar, podendo haver indivíduos que demorem mais tempo, e a sua população-alvo vai desde os 13 anos até aos 65 anos de idade (Fuentealba e Bravo, 2008).

A SL-90-R encontra-se aferida para a população portuguesa por Baptista (1993) cit in Lavado (2008) e os resultados médios encontrados foram os seguintes:

**Tabela 3:** Valores SCL-90-R para a população portuguesa segundo Baptista (1993) cit in Lavado (2008)

SCL-90-R	População Normal		
	Média	Desvio Padrão	Valor limite
<b>Somatizações</b>	0,55	0,48	1,03
<b>Obsessões e Compulsões</b>	0,98	0,53	1,51
<b>Sensitividade Interpessoal</b>	0,73	0,54	1,27
<b>Depressão</b>	0,65	0,45	1,10
<b>Ansiedade</b>	0,67	0,48	1,15
<b>Hostilidade</b>	0,79	0,60	1,39
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,29	0,38	0,67
<b>Ideação Paranoide</b>	0,94	0,56	1,50
<b>Psicotismo</b>	0,40	0,42	0,82

O SCL-90-R foi utilizado neste contexto pela sua utilidade na obtenção de informações acerca dos sintomas psicológicos do indivíduo, para a definição de objetivos terapêuticos e controlo do processo e pela sua rápida e fácil aplicação.

#### 2.2.4. Adapted Level of Functional Fitness Test de Vogelaere

A Bateria Adapted Level of Functional Fitness Test (Alffe) é um instrumento de avaliação criado por Vogelaere em 1995, que permite avaliar a aptidão física e diagnosticar o perfil psicomotor do idoso. Esta pode ser aplicada em qualquer espaço e requer um mínimo de equipamento (Pimenta, 2002). O protocolo encontra-se em anexo (consultar anexo C para ver o protocolo completo).

Esta bateria é constituída por 9 domínios, perfazendo um total de 29 provas. Os domínios avaliados são os seguintes: coordenação dinâmica geral (constituído por 4 provas que avaliam de um modo geral a coordenação); equilíbrio (constituído por 4 provas que avaliam o equilíbrio estático e dinâmico); proficiência geral (constituído por 5 provas que avaliam habilidades diversas de situações óculo-manuais e óculo-pedais que exigem equilíbrio, ritmo de execução e precisão); coordenação (constituído por 2 provas que avaliam a destreza, a velocidade e precisão); coordenação óculo-manual (constituído por 4 provas que avaliam a coordenação óculo-manual, lateralidade e aplicação de força alternando entre a tensão e descontração); associação e dissociação (constituído por 5 provas que avaliam a dissociação de movimentos nos membros superiores e inferiores do lado esquerdo e direito e a realização de movimentos com grande exigência de concentração); velocidade (constituído por 3 provas que avaliam a velocidade de execução da motricidade fina e da motricidade global nos membros superiores e inferiores); reação (constituído por uma prova que avalia tempo de reação a um estímulo visual); ritmo (constituído por uma prova que avalia a concentração, a memória imediata e a noção de ritmo).

Não foi encontrada validação para a população portuguesa tendo sido utilizada neste contexto com referência a critério.

A estagiária optou por utilizar este instrumento devido ao facto de existirem poucos meios de avaliação do perfil psicomotor no adulto. Foi utilizado num caso onde o sujeito apresentava uma lentificação psicomotora, tendo revelado a sua utilidade pois avalia de forma global a coordenação motora do indivíduo.

Quanto ao material necessário para a aplicação dos testes, este foi construído pela estagiária. Não foram realizadas duas provas da bateria devido à inexistência de material, nomeadamente a prova 4 do domínio 3 (contemplava a existência de um stick de golf) e a prova 1 do domínio 5 (era necessário uma raquete).

#### 2.2.5. Ficha de Esquema de Representação de Tensões

A avaliação consciente de tensões permite uma consciencialização das tensões articulares que influenciam o movimento livre e harmonioso (Novais, 2004). A Ficha de Esquema de Representação de Tensões (consultar anexo D para ver o esquema de tensões utilizado) consiste numa avaliação qualitativa onde é sugerido ao paciente que represente na ficha (que tem um desenho do corpo visto de frente e de costas) as suas tensões musculares: a vermelho as zonas muito tensas, a amarelo as zonas com tensão média, a verde as zonas sem tensão e sem preenchimento as zonas que não conseguiu escutar o nível de tensão.

Quanto à sua administração, a estagiária solicitava aos indivíduos que se deitassem em decúbito dorsal ou se sentassem confortavelmente, caso o desejassem poderiam fechar os olhos, e depois então ia enumerando as diferentes partes do corpo e dizendo aos pacientes para observarem se essa zona estava muito tensa, pouco tensa, nada tensa ou neutra, i.e., caso não conseguissem observar o nível de tensão dessa determinada zona. Em seguida era solicitado aos sujeitos que colorissem a ficha de esquema de tensões, com lápis ou canetas de cor, conforme o que percecionaram.

Tendo em conta a população atendida nesta estrutura, este meio de avaliação foi útil para avaliar o relaxamento muscular (comparando a avaliação pré e pós intervenção).

#### 2.2.6. Desenho do Corpo

O Desenho do Corpo consiste numa forma de compreensão da relação entre os segmentos corporais ou a grandeza e organização no papel, permitindo recolher informações ligadas à noção, imagem e esquema corporal e o seu contacto com a realidade (Novais, 2004). Permite também uma observação superficial do controlo grafo-motor, nomeadamente quanto à preensão, rigidez do traço e velocidade.

Tal como o Esquema de Representação de Tensões esta avaliação consiste numa observação informal que permite uma análise dos critérios numa perspetiva qualitativa. É utilizada com referência a critério, pois não houve comparação a uma norma mas sim identificadas as alterações pós intervenção em cada indivíduo.

Para a realização desta avaliação era requerido que os indivíduos estivessem sentados em frente a uma mesa e era lhes solicitado que desenhassem o seu corpo, com um lápis, numa folha branca.

Revelou-se útil neste contexto, pois permite ao psicomotricista obter informações acerca de como o indivíduo se vê, que elementos valoriza em si, o que, integrando nas outras avaliações realizadas, possibilita uma melhor compreensão do modo de funcionamento da pessoa.

### 3. A INTERVENÇÃO

#### 3.1. Sessão tipo

Uma sessão de psicomotricidade segue uma organização típica, quer seja individual ou de grupo e tem uma duração variável que pode ir de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

As sessões podem ser divididas em três momentos principais:

- **Diálogo Inicial:** este momento é o primeiro da sessão e por norma o terapeuta realiza uma pergunta aberta ao indivíduo do tipo “Como se sente hoje?”, permitindo assim aferir o estado atual do paciente. É feita também uma chamada das atividades efetuadas na sessão anterior. Este diálogo permite perceber se é necessário fazer algum ajuste às atividades planeadas, conforme o sujeito se sente nesse dia, perceber se há mudanças na rotina do paciente e se houve acontecimentos significativos, o que pode ser indicador de evoluções. Ao se perguntar o que foi feito na sessão anterior, além de se desenvolver a memória, permite ao terapeuta perceber o que o indivíduo deu mais importância na sessão anterior, possibilitando também dar um sentimento de continuidade das atividades efetuadas ao longo do processo terapêutico;
- **Atividades:** neste momento é onde se realizam as atividades propriamente ditas que vão de encontro às necessidades e aos objetivos delineados para cada paciente. Por norma o terapeuta começa por sugerir atividades de cariz mais ligeiro passando para atividades onde o sujeito mobiliza mais energia, culminando num momento mais calmo onde podem ser aplicadas técnicas de relaxação;
- **Diálogo Final:** aqui é realizada uma reflexão sobre as vivências corporais sucedidas, consistindo num espaço terapêutico para a autointerpretação, facilitando a tomada de consciência e expressão verbal do conteúdo sensorial e emocional da experiência. É onde o terapeuta pergunta “como se sente?”, “o que acha que trabalhamos hoje?”, percebendo o que o sujeito valorizou mais durante a sessão, permitindo uma posterior interpretação por parte do psicomotricista. Aqui o terapeuta pode utilizar algumas estratégias para facilitar a expressão verbal, como por exemplo qual a palavra que utilizava para descrever como se sente (apelando à capacidade de síntese), e casos onde existam dificuldades na expressão verbal, pode-se utilizar a expressão artística (desenho, artes plásticas) para exprimir os seus sentimentos ou emoções.

Assim sendo pode-se dizer que as sessões de psicomotricista seguem a estrutura de uma curva de Gauss, onde y representa o dispêndio energético e x o tempo.

#### 3.2. Atividades

O psicomotricista na sua intervenção utiliza:

- **Técnicas de relaxação e de consciência corporal** de modo a reorganizar o esquema e a imagem corporal e experienciar a relação tónico-emocional;
- **Técnicas gnoso-práticas** para desenvolverem habilidades psicomotoras e a autorregulação do comportamento, promovendo uma relação entre a ação e a sua representação;

- **Técnicas expressivas e atividades lúdicas**, com foco na comunicação não-verbal e exteriorização de problemas tónico-emocionais, que não são suscetíveis de ser mediados por abordagens terapêuticas verbais;
- **Técnicas de recreação terapêutica** para promoverem a qualidade de vida;

Na intervenção psicomotora em saúde mental o terapeuta utiliza maioritariamente técnicas de relaxação e técnicas expressivas.

Quanto às terapias expressivas estas podem ser aplicadas utilizando a música, dança, artes plásticas, drama, teatro, jogo e escrita. Esta abordagem permite estimular capacidades do indivíduo que de outra forma poderiam não emergir, estimulando competências cognitivas, sociais, intelectuais, relacionais e afetivas (Ferraz, 2009). Estas terapias podem-se revelar úteis para pessoas que beneficiem de uma forma de expressão não-verbal, constituindo uma forma de intervenção utilizando o corpo como mediador entre a expressão artística e o psiquismo.

As técnicas de relaxação permitem realizar uma ponte entre a sensação e racionalização da mesma. Tem uma vertente de reeducação de modo a que o sujeito ganhe a capacidade de criar um estado interior pacífico e saudável que favoreça o seu próprio equilíbrio. Baseia-se numa vivência tónico-emocional, na sua representação não-verbal e na interiorização e atribuição de um significado, um simbolismo, que poderá por sua vez ser mediado por palavras (Martins, 2001b).

Com base na relação entre os pensamentos ou estados mentais e os processos fisiológicos, a relaxação inclui duas vertentes: aumento da consciência fisiológica ou corporal; e aumento da consciência sobre o estado da nossa realidade interna ou psicológica (Fonseca, 2007). Assim, ao atuar a nível fisiológico a relaxação traz benefícios como a reeducação da respiração; desbloqueio de tensões musculares; regeneração e tonicidade de músculos e zonas adormecidas no corpo; aumento dos níveis de oxigénio que se traduzem em mais energia e menos toxinas; regularização e equilíbrio do sistema nervoso e da tensão muscular, entre outros (Fonseca, 2007; Martins, 2001b).

Ao nível psicológico estes benefícios incluem uma diminuição de sentimentos de depressão e apatia; melhor controlo emocional e da impulsividade; aumento da capacidade de concentração, de autocontrolo, de perceção do corpo e postura, entre outros (Fonseca, 2007; Martins, 2001b).

As terapias gnoso-práticas são utilizadas quando se pretende estabelecer uma ponte entre a ação e a sua representação, eg. planejar a ação, agir e verificar se a ação correspondeu ao planeado. Este tipo de técnicas pode ser útil para desenvolver o pensamento simbólico.

O jogo também pode ser usado neste contexto como uma forma apelativa de se trabalharem os objetivos delineados.

Estas técnicas referidas constituem ferramentas que o psicomotricista utiliza tendo em conta sempre as necessidades específicas do indivíduo, as suas áreas fortes e áreas fracas, e é o método que se ajusta ao sujeito e não o contrário.

### 3.3. Estratégias

As estratégias utilizadas durante as sessões dependem das características do utente e do tipo de sessão (individual ou em grupo).

Quanto às estratégias a utilizar na atividade podem ser referidas a instrução verbal, a demonstração, a imitação, o feedback e o reforço positivo. Estas são utilizadas conforme o tipo de atividade e os participantes da sessão.

A instrução verbal consiste em fornecer informação ao sujeito sobre o objetivo da tarefa a efetuar e, caso se aplique, sobre a forma de desempenho mais adequada para o concretizar. A demonstração consiste na apresentação duma imagem representativa da tarefa a realizar, o que complementa a instrução verbal (Godinho, 2007).

O feedback permite ao sujeito avaliar o grau de cumprimento dos objetivos a que se propôs, e é utilizado pelo terapeuta conforme a fase de intervenção. O constante feedback leva a que o sujeito faça menos vezes a apropriação da informação a nível intrínseco. Esta variação na frequência do feedback tem vantagens acrescidas no processo de intervenção. (Godinho, 2007)

O reforço positivo é algo que segue a um comportamento e mantém ou aumenta a frequência do comportamento. No entanto é necessário conhecer o sujeito a quem damos o reforço positivo, pois não podemos partir do princípio que o reforço para um paciente é igual para o outro. É muito importante saber qual é o “reforçador” para que esta estratégia tenha sucesso (Godinho, 2007).

Em qualquer processo terapêutico utilizam-se as áreas fortes do paciente para se trabalharem as áreas fracas. Outro ponto importante é não se colocar o indivíduo a realizar o tipo de atividades em que ele apresenta mais dificuldades sem que esteja preparado para tal. Neste contexto podem-se dar os seguintes exemplos: se o indivíduo apresenta dificuldades em se autoconcentrar pode-se começar o processo terapêutico partindo de técnicas de relaxação mais dinâmicas para técnicas mais passivas; se o paciente apresenta dificuldades no acesso ao pensamento simbólico parte-se de atividades concretas e posteriormente são realizadas atividades de componente simbólica.

Nas sessões de grupo, os próprios elementos do grupo fazem parte integrante das estratégias que o terapeuta utiliza na dinamização das sessões. I.e., o psicomotricista gere o grupo conforme as áreas fortes e fracas de cada utente, eg. se a atividade implica criar grupos dentro da sessão é o terapeuta quem pode fazer essa gestão conforme as potencialidades de cada indivíduo, se no diálogo final um paciente manifesta determinadas dificuldades o terapeuta pode remeter essa questão para o grupo e o próprio grupo funcionar como co-terapeuta.

#### **4. A INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO HOSPITAL DE DIA**

No HD, a intervenção psicomotora foi realizada a nível individual e grupal. Para sessões individuais de psicomotricidade foram encaminhados seis pacientes em Dezembro e um paciente em Fevereiro. Para sessões de grupo foram encaminhados os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia para frequentar o Grupo E, e todos os pacientes do HD para o Grupo Psicomotricidade.

##### **4.1. Intervenções Individuais**

Em Dezembro foram encaminhados para a psicomotricidade a Pal., o Ri., a Ta., a Pa., a Te. e a Al. No final do mês de Fevereiro foi encaminhada a Na.

Destes pacientes, todos tinham critério de referenciação para a psicomotricidade, porém nem todos concluíram os planos terapêuticos previstos por diferentes razões.

As sessões de entrevista clínica tiveram a duração aproximada de 50 minutos e as sessões de intervenção tiveram a duração aproximada de 45 minutos.

Em seguida serão identificados cada caso encaminhado e feita uma breve apreciação dos mesmos. O caso da Pa. será descrito no ponto 5. (Estudo de Caso I) do documento e o caso da Na. no ponto 6. (Estudo de Caso II).

#### 4.1.1. Caso Te.

**Tabela 4:** Identificação do caso Te.

Identificação	
<b>Género:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	6/1/1958 (56 anos)
<b>Estado Civil:</b>	Solteira
<b>Situação Ocupacional:</b>	Desempregada
<b>Habilitações Literárias:</b>	12º Ano
<b>Diagnóstico:</b>	Perturbação da Personalidade SOE
<b>Motivo de encaminhamento para o HD:</b>	Internamento no HEM a 29/4/13 – alta para o HD a 2/5/14
<b>Motivo de encaminhamento para a PM:</b>	Somatizações; agitação psicomotora

A Te. apenas frequentou uma sessão de psicomotricidade pois não apresentava motivação para a terapia por ter outras necessidades que considerava mais urgentes, nomeadamente dificuldades socioeconómicas. A sessão que foi realizada com esta utente consistiu na entrevista inicial e após este momento foram-lhe dadas várias marcações de sessões às quais esta não comparecia. A estagiária participou também numa sessão realizada com os técnicos do HD e a Te. de modo a delinear os objetivos desta paciente nesta estrutura. Em Maio a Te. solicitou à estagiária sessões de terapia psicomotora com o objetivo de a ajudar no seu sentimento de angústia, porém devido ao facto de o estágio terminar a 6 de Junho, a aluna achou conveniente reencaminhar esta paciente para as sessões de grupo.

#### 4.1.2. Caso Ri.

**Tabela 5:** Identificação do Caso Ri.

Identificação	
<b>Género:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	19/4/1978 (35 anos)
<b>Estado Civil:</b>	Solteiro
<b>Situação Ocupacional:</b>	Desempregado
<b>Habilitações Literárias:</b>	12º Ano
<b>Diagnóstico:</b>	Perturbação Esquizoafectiva

<b>Motivo de encaminhamento para o HD:</b>	Internamento no HEM – alta para o HD a 12 de Julho de 2013 internado a 11 de Junho de 2013
<b>Motivo de encaminhamento para a PM:</b>	Impulsividade; Fobias

O Ri. não concluiu o plano terapêutico previsto para o mesmo pois, tal como a Te., não apresentava motivação para a terapia por apresentar dificuldades socioeconómicas e por estar desmotivado para o HD em geral. Com este paciente foram realizadas 4 sessões, a entrevista inicial, a avaliação inicial (consultar anexo E para ver o resumo da história clínica e pessoal, desenho do corpo, esquema de tensões, perfil intraindividual e objetivos) e duas sessões de intervenção propriamente dita (consultar anexo F para ver planeamentos de sessão no anexo G para ver os relatórios de sessão). No final do mês de Janeiro o Ri. deixou de ir ao HD e quando voltou a ir com mais frequência a terapeuta reuniu-se com este para aferir o seu estado atual e a sua motivação para a terapia, ao qual este respondeu que queria ter sessões individuais de PM para o ajudar no autocontrolo. Em seguida foi marcada uma sessão à qual ele não compareceu e esteve outro período sem ir ao HD. Quando voltou a ir a esta estrutura com mais frequência novamente a terapeuta decidiu reencaminhá-lo para o grupo devido ao facto de o estágio estar a terminar.

#### 4.1.3. Caso Ta.

**Tabela 6:** Identificação do caso Ta.

Identificação	
<b>Género:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	15/08/1989 (24 anos)
<b>Estado Civil:</b>	Solteira
<b>Situação Ocupacional:</b>	Desempregada
<b>Habilitações Literárias:</b>	Curso de pilotagem de navios
<b>Diagnóstico:</b>	Perturbação Bipolar; Perturbação da Personalidade
<b>Motivo de encaminhamento para o HD:</b>	Internamento no HEM
<b>Motivo de encaminhamento para a PM:</b>	Áreas fortes (pintura, meditação)

A Ta. iniciou a terapia psicomotora a 2 de Dezembro e apresentava uma forte motivação para a mesma, porém a 20/12/13 voltou a ser internada no HEM. Em Janeiro, após este internamento, a Ta. diminuiu a sua motivação para a terapia, e a estagiária procurou compreendê-la e motivá-la para as sessões. Em Fevereiro a paciente disse que estava a evitar ter sessões de PM pois tinha aumentado de peso, então não queria fazer atividades que estivessem ligadas ao pensar e sentir o corpo. A terapeuta sugeriu então que fizessem um plano de exercício em conjunto ajustado a si e à sua rotina. Em seguida realizaram-se mais duas sessões onde a Ta. se apresentava motivada, porém em Abril esta deixou de ir ao HD porque quis ir trabalhar e que acabou por ter alta do HD por abandono. No total foram então realizadas 10 sessões com a Ta. Em anexo encontram-se os dados da avaliação inicial e os objetivos estabelecidos para a mesma (consultar

anexo H), os planeamentos de sessão (consultar anexo I) e os relatórios de sessão (consultar anexo J).

#### 4.1.4. Caso Pal.

**Tabela 7:** Identificação do caso Pal.

<b>Identificação</b>	
<b>Género:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	06/06/1958 (55 anos)
<b>Estado Civil:</b>	Solteiro
<b>Situação Ocupacional:</b>	Reformada (por invalidez)
<b>Habilitações Literárias:</b>	Licenciatura em História
<b>Diagnóstico:</b>	Perturbação Bipolar; Perturbação da Personalidade
<b>Motivo de encaminhamento para o HD:</b>	Referenciada pelas equipas
<b>Motivo de encaminhamento para a PM:</b>	Lentificação Psicomotora

A Pal. foi encaminhada para a PM por apresentar lentificação psicomotora e dificuldades na expressão verbal. Devido a este facto, na altura que iniciou a intervenção PM, não estava a frequentar o grupo psicoterapêutico e então a estagiária organizava as sessões para este horário. Devido a constrangimentos de espaço algumas destas sessões realizaram-se na sala de refeições dos utentes.

A Pal. manifestava sintomas de um episódio depressivo major. Tal como constatado no enquadramento teórico, a lentificação psicomotora consiste num dos sintomas mais importantes da depressão major (Bennabi et al., 2013; Buyukdura et al., 2010) tendo implicações clínicas e terapêuticas. Esta lentificação inclui comprometimentos a nível motor e cognitivo nomeadamente no discurso, na expressão facial, na praxia global, na praxia fina e na formulação de ideias. Mais especificamente as alterações na motricidade global manifestam-se na marcha, postura e movimentos dos membros e as alterações no discurso manifestam-se na fluência e na prosódica. Estes sintomas encontram-se presentes na depressão bipolar e unipolar e podem ser afectados pela medicação psicoativa, devido ao seu efeito sedativo (Bennabi et al., 2013).

Na avaliação inicial foi aplicado o desenho do corpo, o esquema de tensões e a Bateria Alffe (para ver as avaliações consultar anexo K). Tendo em conta os dados obtidos (das avaliações formais e da observação) foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais e seus específicos:

**Tabela 8:** Objetivos gerais e específicos do caso Pal.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Diminuir a lentificação psicomotora</b>	Diminuir o tempo de resposta aos estímulos; Melhorar a coordenação geral, Melhorar o equilíbrio estático diminuindo as dificuldades de controlo; Melhorar o equilíbrio dinâmico diminuindo a insegurança gravitacional.
<b>Promover a regulação tónica</b>	Aceder e permanecer num estado de passividade sem apresentar paratonias.

<b>Promover a capacidade de expressão verbal</b>	Melhorar a capacidade de verbalização de sentimentos e emoções.
<b>Promover a autoestima</b>	Promover a tomada de decisões em contexto terapêutico e sua posterior aceitação.

Em anexo encontram-se os planeamentos de sessão (consultar anexo L) e os relatórios das mesmas (consultar anexo M). No total foram realizadas 8 sessões de intervenção mais 3 sessões de avaliação (2 sessões para a avaliação inicial e 1 para a avaliação final).

Comparando a avaliação inicial e final da Bateria Alffe (consultar anexo K), concluiu-se que a Pal, após a intervenção psicomotora, obteve melhorias em relação à coordenação dinâmica geral, na associação/ dissociação, na velocidade, no equilíbrio, na coordenação e na memória auditiva tendo em conta o domínio ritmos.

Relativamente a dados obtidos através da observação, esta paciente apresentava um aspeto mais cuidado em termos do vestuário e da higiene o que pode traduzir um aumento da autoestima. A Pal verbalizou ainda que faz em casa exercícios que aprendeu durante as sessões de modo a manter-se mais ativa, que faz uma hora de caminhada por dia, que voltou a ler e a socializar mais com as vizinhas e que estava à procura de alguma ocupação como um voluntariado.

A Pal. teve alta a seu pedido pois achava que esta estrutura não era a mais adequada para si devido ao facto de não ser capaz de falar sobre sua vida, sendo que apenas estava a beneficiar da intervenção psicomotora.

Após um mês de ter concluído as sessões de psicomotricidade a Pal. foi ao HD e disse à terapeuta que tinha começado a fazer yoga.

Em suma, foram cumpridos os objetivos gerais de diminuir a lentificação psicomotora pois através da aplicação da Bateria Alfee o tempo de resposta diminuiu, houve melhorias na coordenação dinâmica geral bem como no equilíbrio estático e dinâmico; promover a regulação tónica pois através da observação esta paciente foi capaz de aceder e permanecer num estado de passividade sem apresentar paratonias; e também foi cumprido o objetivo de promover a autoestima que se revelou pelo seu aspeto mais cuidado, pela sua motivação em estar ativa e em socializar. Relativamente ao objetivo de promover a capacidade de expressão verbal, não foi cumprido, tendo sido este o motivo de abandono do HD.

#### 4.1.5. Caso Al.

**Tabela 9:** Identificação do caso Al.

<b>Identificação</b>	
<b>Género:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	22/03/1988 (26 anos)
<b>Estado Civil:</b>	Solteira
<b>Situação Ocupacional:</b>	Desempregado
<b>Habilitações Literárias:</b>	Licenciatura em Design
<b>Diagnóstico:</b>	Perturbação Bipolar severa com menção de comportamento psicótico

<b>Motivo de encaminhamento para o HD:</b>	Internamento no HEM a 11/03/13 – alta para o HD a 08/04/13
<b>Motivo de encaminhamento para a PM:</b>	Ansiedade

A AI. foi encaminhada para a psicomotricidade por apresentar sintomas de ansiedade generalizada. O seu diagnóstico é de PBP e o internamento no HEM em Março de 2013 foi devido a um episódio maníaco, uma possível mania de Bell. A sua história clínica, pessoal e familiar encontra-se com maior detalhe em anexo (consultar anexo N).

Este caso foi apresentado em reunião de estágio e na equipa do HD, devido a este facto encontra-se mais pormenorizado do que os descritos até a este ponto (consultar anexo N para ver o estudo de caso com maior detalhe).

Na avaliação inicial foi aplicado o esquema de tensões e o desenho do corpo pela estagiária e foram também utilizados os dados do SCL-90 que tinha sido aplicado pelo psicólogo da equipa. Tendo em conta os dados recolhidos formal e informalmente foram delineados elementos critérios e hipóteses explicativas para os mesmos. Resumidamente, constatou-se que esta paciente tinha um pensamento pré-operatório, défices na mentalização, sensação de falta de controlo, e valores elevados no domínio obsessões e compulsões, ansiedade e ideação paranoide no SCL-90.

Tendo em conta todas as informações recolhidas constatou-se que a AI. apresenta como áreas fortes para a terapia psicomotora a prática de atividade física, o desenho e a pintura. Como áreas fracas destaca-se a autonomia, o acesso ao pensamento simbólico, a capacidade de autorregulação e autocontrolo, o acesso à passividade e autoestima.

Posto isto, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

**Tabela 10:** Objetivos gerais e específicos do caso AI.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Desenvolver a capacidade simbólica</b>	Exteriorizar sentimentos e emoções num plano simbólico e representativo.
<b>Promover um controlo da ansiedade</b>	Permitir um relaxamento muscular; Melhorar a capacidade autoconcentrativa.
<b>Promover a capacidade de autorregulação</b>	Melhorar o autocontrolo tónico; Melhorar o controlo respiratório.
<b>Promover a agentividade</b>	Reconhecimento de sensações afetivas no seu corpo; Produção de sensações afetivas nela própria; Promover a tomada de iniciativas em contexto terapêutico.

Pretendeu-se trabalhar estes objetivos utilizando diferentes estratégias, nomeadamente começar por atividades mais diretivas e ir progressivamente para atividades menos diretivas, i.e., de uma menor agentividade para uma maior autonomia; ir do concreto para o simbólico; partir de técnicas de relaxamento mais dinâmicas para técnicas mais passivas, ou seja, começar por um relaxamento muscular e posteriormente um relaxamento das atividades mentais.

A AI. quando foi reencaminhada para a psicomotricidade tinha alta prevista para Abril de 2014 e previam-se cerca de 15 sessões de intervenção, excetuando a sessão de entrevista clínica, avaliação inicial e a avaliação final.

No total foram realizadas 8 sessões com a Al.. Não foram realizadas mais pois ela faltava a algumas marcações, e entretanto foi aceite num estágio profissional antes do término previsto para a terapia. A Al. já estava à procura de trabalho quando iniciou a terapia e no final de Março foi quando foi aceite neste estágio não queria perder a oportunidade mas impossibilitava-a de conciliar com o HD (o seu horário de trabalho era das 9h às 18h). Assim sendo, a 28 de Março, realizou-se a avaliação final e uma reunião conjunta com a Al, os seus pais e os técnicos, onde se deu a sua alta clínica.

Como a Al. ia tendo evoluções foram feitos alguns ajustes no plano previsto (consultar anexo O para ver os planeamentos de sessão e o anexo P para ver os relatórios de sessão).

O processo de alta da Al. foi abrupto e devido a este facto a paciente apresentava-se um pouco ansiosa na avaliação final porque ela própria não queria abandonar o HD tão repentinamente.

Na avaliação final a Al. verbalizou que teve bastantes ganhos com a intervenção psicomotora e que gostava de continuar pois ainda haveriam áreas a trabalhar. Os pais da Al. disseram que também viram resultados desta intervenção e demonstraram interesse em que houvesse continuidade.

Comparando os dados da avaliação inicial com os da avaliação final constata-se que, tendo em conta o SCL-90, a Al. obteve melhorias relativamente à ansiedade fóbica que é próxima da definição de agorafobia e que se caracteriza por um medo irracional e desproporcional a certos estímulos. Os valores relativos à dimensão sensibilidade interpessoal também diminuíram, ou seja pode-se considerar que diminuíram os sentimentos de inferioridade perante os outros. Também diminui a ideação paranoide e a hostilidade, esta última dimensão relacionada com irritabilidade e agressão.

Não tão acentuado, mas domínios que também diminuíram foram depressão, ansiedade e obsessões e compulsões, ou seja é possível afirmar que esta paciente diminuiu o seu desinteresse pela vida, diminuiu o seu nervosismo e tensão e os seus impulsos.

O domínio somatizações subiu ligeiramente de valores na última avaliação, especificamente os itens “formigueiro ou partes do corpo entorpecidas” e “um nó na garganta”, o que pode estar relacionado com o facto de ter sido o seu último dia no HD.

Considerando o esquema de tensões, na última avaliação a paciente não identificou nenhuma zona do corpo como tendo uma tensão elevado, ou seja, as tensões musculares diminuíram.

No desenho do corpo a Al na última avaliação desenhou mais pormenores no seu vestuário, porém não desenhou pormenores na face e o traço continua sem ser preciso revelando insegurança.

Tendo em conta os dados obtidos através da observação na avaliação final, verificou-se que o discurso da Al. era mais lento e mais pausado comparativamente com a avaliação inicial onde o seu discurso era verborreico.

Posto isto, concluiu-se que parte dos objetivos foram cumpridos, nomeadamente a promoção do controlo da ansiedade verificável pelos valores do SCL-90 referidos anteriormente e pela diminuição de tensões musculares. Relativamente ao desenvolvimento da capacidade simbólica, este objetivo estava previsto ser trabalhado em sessões posteriores porém em uma das sessões a Al. verbalizou que tinha sonhado.

Quanto à autorregulação, pode-se dizer que foi cumprido tendo em conta os valores do SCL-90 nos domínios de obsessões e compulsões, hostilidade e ansiedade fóbica, porém a AI. continuou a verbalizar dificuldades no controlo respiratório.

Relativamente ao objetivo de promover a agentividade é possível referir que a AI. foi capaz de reconhecer sensações afetivas no seu corpo, mas os objetivos específicos de produção de sensações afetivas nela própria e de promover a tomada de iniciativas em contexto terapêutico estavam previstos serem trabalhados nas sessões que não se realizaram. Quanto à sua valorização pessoal, se se tiver em conta os valores do SCL-90 da sensibilidade interpessoal é possível afirmar que se obtiveram melhorias neste domínio.

## 4.2. Intervenções de Grupo

### 4.2.1. Grupo Psicomotricidade

O Grupo Psicomotricidade foi criado de forma a todos os utentes do HD poderem beneficiar da intervenção psicomotora, constituindo-se num grupo aberto a todos os pacientes, à semelhança das outras intervenções nesta estrutura. Tendo em conta que independentemente da patologia os pacientes apresentavam, genericamente, uma má relação com o seu corpo, e todos eles tinham uma grande afinidade com a estagiária, os técnicos em conjunto pensaram que esta fosse uma boa opção.

As sessões foram organizadas na hora da caminhada, tendo uma duração prevista de cerca de 50 minutos. Não foi realizada nenhuma avaliação formal, a estagiária optou por semanalmente realizar uma avaliação de sessão, (consultar anexo Q para ver a ficha de avaliação de sessão) e uma avaliação global destas sessões, aplicada no final do estágio (consultar anexo R para ver a ficha de avaliação das sessões de psicomotricidade).

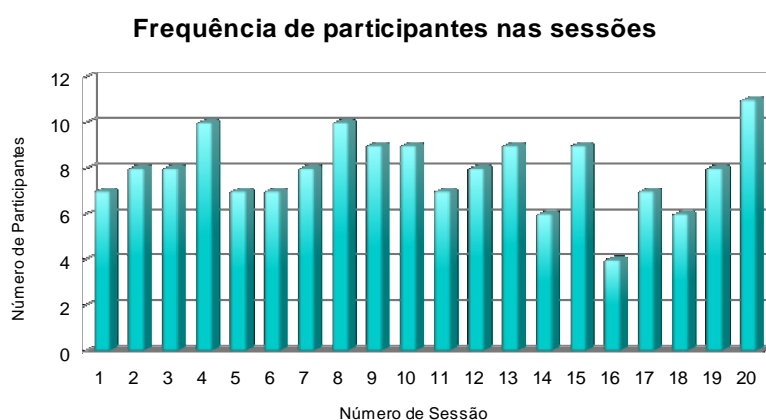
A psicomotricista, em conjunto com a equipe de enfermagem, aferiu quais as necessidades dos utentes e delimitou os seguintes objetivos:

**Tabela 11:** Objetivos gerais e específicos do grupo psicomotricidade

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Desenvolver a noção do corpo</b>	Melhorar o esquema e a imagem corporal
<b>Promover a autoconfiança</b>	Diminuir a inibição/bloqueio na presença de outras pessoas; Diminuir a ansiedade perante a exposição aos outros
<b>Melhorar o autocontrolo comportamental</b>	Melhorar as capacidades de planeamento e controlo do resultado dos seus comportamentos; Diminuir os níveis de impulsividade
<b>Promover a expressão corporal</b>	Melhorar a capacidade de expressão corporal; Melhorar a comunicação não-verbal
<b>Promover competências pessoais e sociais</b>	Melhorar a capacidade de autoanálise; Melhorar a capacidade de resolução de problemas em grupo
<b>Promover um controlo da ansiedade</b>	Melhorar o controlo respiratório; Melhorar a capacidade autoconcentrativa
<b>Desenvolver capacidades cognitivas</b>	Exteriorizar sentimentos e emoções num plano simbólico e representativo; Melhorar a memória; Melhorar as capacidades de atenção e concentração

As atividades planeadas para as sessões eram de acordo com os temas abordados nas AE. Como a terapeuta assistia à maioria das AE e participava no planeamento das atividades, era possível estabelecer uma continuidade e complementaridade entre as várias intervenções. Em anexo encontram-se os planeamentos de sessão e os relatórios das mesmas (consultar anexo S para ver os planeamentos e o anexo T para ver os relatórios).

Quanto à avaliação das sessões, não se revelou um método de qualidade para controlar o processo pois muitas vezes os utentes esqueciam-se de responder a perguntas e/ou respondiam aleatoriamente. No total foram realizadas 20 sessões, com uma média de 8 participantes por sessão. De todos os utentes do HD apenas um indivíduo não participou em nenhuma sessão, sendo que referiu na avaliação final que “não se sentia à vontade”, a estagiária pensa que, caso houvesse mais tempo, teria sido benéfico para este ter sessões individuais e depois então integrar-se no grupo.



**Figura 2:** Frequência de participantes nas sessões do grupo psicomotricidade

Tendo em conta a avaliação global destas sessões, os indivíduos atribuíram, em média, 8 em 10 de nível de importância das sessões de psicomotricidade. Referiram que estas foram úteis para: controlo respiratório, memória, concentração, atenção, que lhes forneceram estratégias práticas, relações sociais, melhorar os movimentos, conhecerem-se melhor a si mesmos, estarem mais relaxados.

A 20ª sessão não estava contemplada na calendarização pois estava previsto a primeira semana do mês de Junho ser apenas para realizar as avaliações finais. Porém os utentes solicitaram à estagiária que voltasse a fazer uma sessão sobre as técnicas de respiração devido à importância que atribuíram às mesmas. Assim a psicomotricista fez uma sessão apenas sobre este tema, onde entregou uma folha a cada utente a explicar como poderia aplicar as técnicas de respiração (consultar anexo U para ver a folha informativa sobre as técnicas de respiração).

Apesar de não se ter realizado uma avaliação formal de modo a verificar se os objetivos delineados foram cumpridos, acredita-se que pelo menos em parte o foram, devido ao relato dos utentes e à observação da estagiária ao longo das sessões.

#### 4.2.2. Grupo E

O Grupo E foi criado apenas para os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, devido às alterações psicomotoras subjacentes à própria doença descritas no enquadramento teórico.

Este grupo realizava-se semanalmente às quintas-feiras às 9h e 15min, e tinha a duração de cerca de 50 minutos. Idealmente esta sessão de grupo teria uma duração maior, porém foi o único horário compatível para todos os pacientes que foram encaminhados para este grupo.

Inicialmente, i.e. em Janeiro, foram encaminhados para este grupo o Nu., a Pat., o Ce. e a Pa, o Lu. integrou o grupo quando entrou para o HD (teve a consulta de admissão a 23/01/14) e o Ma. integrou este grupo posteriormente devido à necessidade sentida pelo próprio.

Foi realizada uma avaliação formal onde foi utilizada a BPM, com ligeiras alterações descritas anteriormente. A estagiária optou por aplicar este instrumento de avaliação pois as alterações psicomotoras encontradas na literatura vão de encontro aos fatores psicotores avaliados pela BPM.

Da avaliação inicial efetuada todos tinham indicação para o grupo menos a Pat. pois não apresentava alterações psicomotoras que justificassem uma intervenção nesse sentido, então foi deixado ao critério da utente a participação nas sessões. O Nu não fez avaliação final pois deixou de ir ao HD.

Tendo em conta as avaliações iniciais foram delineados os seguintes objetivos:

**Tabela 12:** Objetivos gerais e específicos do Grupo E

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Promover um melhor controlo respiratório</b>	Aumentar a amplitude e o controlo das inspirações e expirações.
<b>Promover a regulação tónica</b>	Aceder e permanecer num estado de passividade sem apresentar paratonias; Melhorar a capacidade de extensibilidade dos membros superiores e inferiores.
<b>Desenvolver a equilibração</b>	Melhorar o equilíbrio estático diminuindo as dificuldades de controlo; Melhorar o equilíbrio dinâmico diminuindo a insegurança gravitacional.
<b>Desenvolver a noção do corpo</b>	Melhorar a capacidade de imitar gestos diminuindo as descoordenações; Permitir uma diferenciação dos estímulos internos dos estímulos externos; Melhorar a perceção dos limites do corpo.
<b>Desenvolver a estruturação espaço-temporal</b>	Melhorar a sequencialização visuo-espacial; Diminuir as dificuldades de integração rítmica.
<b>Desenvolver a praxia global</b>	Diminuir as dificuldades no planeamento da ação; Melhorar a coordenação óculo-manual; Melhorar a coordenação óculo-pedal; Melhorar a associação e dissociação de movimentos.
<b>Desenvolver as competências cognitivas</b>	Melhorar as capacidades de atenção e concentração; Melhorar a capacidade de memorização; Melhorar a capacidade de se expressar num plano simbólico e representativo

Em anexo encontram-se os planeamentos de sessão e os relatórios das mesmas (consultar anexo V para ver os planeamentos e o anexo W para ver os relatórios).

Foram realizadas 18 sessões no total com uma média de 3 participantes por sessão, nas 18 sessões está contemplada uma sessão em que os participantes chegaram atrasados e a estagiária optou por não a realizar. Na tabela a seguir é possível verificar as diferenças entre as avaliações pré e pós intervenção por fator psicomotor e o número de sessões em que cada utente participou:

**Tabela 13:** Avaliações do Grupo E pré e pós intervenção

Utente	Nº Sessões	Tonicidade		Equilibração		Noção do Corpo		Estruturação Espaço-temporal		Praxia Global		Praxia Fina	
		Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Ce.	15	2,71	3,14	2,85	3,23	2,25	3,00	2,75	3,00	2,83	3,50	3,25	3,50
Pa.	14	3,00	3,17	2,85	3,54	2,75	2,75	2,75	2,75	3,67	3,33	3,25	3,25
Ma.	8	2,86	3,00	3,62	3,62	2,75	2,75	2,25	2,75	3,5	4,00	3,75	3,75
Lu.	3	2,43	2,86	2,31	2,92	3,75	3,50	3,00	3,00	3,17	3,83	3,00	3,25

O fator lateralização não está incluído na tabela pois como corresponde ao hemisfério dominante, não se registam alterações pré e pós intervenção. Apenas os indivíduos que realizaram as duas avaliações é que foram incluídos nesta análise.

Resumidamente, é possível verificar que o indivíduo Ce. obteve melhorias a nível do controlo respiratório, do equilíbrio estático e dinâmico, na noção do corpo (reconhecimento da direita-esquerda e imitação de gestos), na estruturação espaço-temporal (prova de estruturação dinâmica o que pode estar relacionado com uma melhoria na memória) na praxia global e na praxia fina.

O indivíduo Ma. melhorou na tonicidade, na estruturação espaço-temporal em geral e na praxia global. A estagiária pensa que este pode ter melhorado a mais níveis, pois, como pode ser possível verificar nas observações nas folhas de registo da BPM (consultar anexo X para ver as folhas de registo da BPM de todos os utentes do grupo), na realização das provas referia que tinha muitas dificuldades e que queria continuar a intervenção psicomotora.

O Lu. melhorou na tonicidade, no equilíbrio estático e dinâmico, na fatigabilidade, na praxia global e na praxia fina. Este sujeito apenas participou em 3 sessões sendo que estas melhorias podem dever-se a toda a intervenção no HD e da sua participação nas sessões do grupo psicomotricidade.

Os valores referentes ao indivíduo Pa. serão descritos em seguida com maior detalhe mas é possível verificar que obteve melhorias na tonicidade, equilíbrio e praxia global.

Em termos gerais é possível verificar que, em quantas mais sessões os indivíduos participaram, mais melhorias tiveram e as principais evoluções foram ao nível do equilíbrio, da noção do corpo, na memória, no acesso à passividade.

## 5. ESTUDO DE CASO I

**Tabela 14:** Identificação Estudo de Caso I

Identificação	
<b>Nome</b>	Pa.
<b>Data de nascimento</b>	22/04/1968
<b>Idade</b>	45 Anos
<b>Género</b>	Feminino
<b>Nacionalidade</b>	Angolana
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia Residual (atualmente); diagnóstico de esquizofrenia paranoide
<b>Motivo de encaminhamento para a PM</b>	Diferenciar estímulos externos de estímulos internos

### 5.1. História Clínica e Familiar

A Pa. foi encaminhada para o HD pois era seguida na equipa comunitária da Parede, a qual foi extinta, onde já era acompanhada pelo psicólogo e pela psiquiatra da equipa do HD.

A Pa. é natural de Angola e veio para Portugal por volta dos 8 anos. Tem historial de vários internamentos, é acompanhada desde 1993 e toma antipsicóticos desde então.

Na entrevista clínica a Pa. referiu que se sentia angustiada, com a sensação que não controla os seus pensamentos. Não consegue ser amiga da cunhada e cada vez que esta está em sua casa aumenta a sua angústia.

Verbalizou que desde que está no HD se sente melhor, que agora tem momentos de paz e consegue olhar para as pessoas. Diz que o que lhe falta na sua vida é arranjar um trabalho e um companheiro de modo a tornar-se independente. Sente-se preocupada com a sua situação financeira pois vive dependente dos seus pais. Vive com estes e com dois irmãos (são 5 filhos e ela é a mais velha).

A Pa. disse que ficou doente quando tinha 24 anos e que desde aí que não voltou a trabalhar. Estudou administração de empresas e contabilidade.

Nos seus tempos livres vê televisão e ouve música. Revela que o seu sono é instável e que se sente cansada muitas vezes, com o corpo dorido.

### 5.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada a 16/01/14 e foi aplicada a BPM, onde foram obtidos os seguintes resultados, por fator psicomotor:

**Tabela 15:** Avaliação Inicial Pa.

Fator Psicomotor	Tonicidade	Equilibração	Lateralização	Noção do corpo	Estruturação espaço-temporal	Praxia global	Praxia fina
<b>Resultado</b>	3,00	2,85	4,00	2,75	2,75	3,67	3,25

O aspecto somático da Pa. corresponde a endormofismo. Na aplicação na BPM não conseguiu ficar em apneia e nas provas em que era solicitado fechar os olhos sentia-se desconfortável. Apresenta um perfil hipertónico.

### 5.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Tal como referido anteriormente no enquadramento teórico, há evidência que a esquizofrenia comporta uma série de alterações psicomotoras subjacentes à própria doença e que tais podem ser influenciadas pelo tratamento farmacológico. Como elementos critério, referenciam-se os fatores psicomotores onde a paciente na avaliação inicial obteve valores inferiores a 3 (tonicidade, equilibração, noção do corpo e estruturação espaço-temporal), as dificuldades sociais e as dificuldades na discriminação de estímulos internos e externos.

Segundo Marvel et al. (2004) um tipo específico de distúrbio no movimento constatado na esquizofrenia é diminuição do controlo postural e equilíbrio, o que vem de encontro aos dados obtidos na avaliação inicial do caso Pa. pois esta apresentou dificuldades neste domínio (2,85 em 4 no fator equilibração da BPM).

O processo de equilibração é dependente e modificador do tónus muscular. O cerebelo contribui, em conjunto com outros órgãos, não só para o tónus muscular subjacente à postura do indivíduo e ao seu equilíbrio, mas também para o tónus de base dos movimentos (Correia e Melo, 2007).

Assim sendo, se existem estudos que reportam alterações no cerebelo na esquizofrenia (Picardo et al., 2008; Marvel et al., 2004) e que esta estrutura se encontra relacionada com funções como coordenação, equilíbrio, marcha, praxia fina e contribui para o tónus muscular, pode ser esta a explicação para os défices apresentados na avaliação inicial da Pa., nomeadamente quanto à hipertonia e às dificuldades na equilibração.

Quanto ao domínio noção do corpo, segundo Priebe e Rohricht (2001), pacientes com esquizofrenia paranoide aguda têm uma imagem corporal marcada por anomalias, em particular distúrbios na perceção. Estudos recentes têm resultados inconsistentes mas descrevem resultados de desenho do corpo (Draw-A-Person figures) incompletos, desintegrados com uma subvalorização ou sobrevalorização do tamanho do mesmo, revelando uma inexatidão da perceção do tamanho do corpo e perda da noção de limites.

Como se pode constatar no desenho do corpo realizado por esta paciente, verifica-se uma inexatidão da perceção do tamanho do corpo. Vários elementos encontram-se desproporcionais, nomeadamente o tamanho das mãos e do pescoço comparativamente com o tamanho da cabeça. A paciente desenhou também um género de uma bola na barriga. Este corpo não apresenta pormenores anatómicos, nem tem expressão facial, parecendo um corpo inexpressivo.



**Figura 3 :** Desenho do corpo do caso Pa.

São também reportados por outros autores que na esquizofrenia o reconhecimento do Eu e o reconhecimento do outro estão comprometidos devido a défices nos mecanismos multissensoriais, nomeadamente um diminuído reconhecimento do corpo, comprometimento do processamento emocional, falta de agentividade, desintegração dos inputs sensoriais e comprometimento na discriminação da origem dos estímulos (Roux et al., 2010 cit in Postmes et al., 2014).

A pessoa com esquizofrenia tem uma sensação de presença diminuída, esta pode ser resultante de défices no feedback somatossensorial e por sua vez enfraquecem a auto percepção sensorial. Propriocepção e sensações tácteis são essenciais para a ação e para a definição de limites do corpo. A discriminação do eu-outro depende fortemente da discriminação entre os inputs internos e externos (Thakkar et al., 2011 cit in Postmes et al., 2014).

Ou seja, as dificuldades sociais e as dificuldades na discriminação da realidade interna e externa apresentadas pela paciente, encontram-se relacionadas uma com a outra e podem ser resultantes de défices nos mecanismos multissensoriais.

A paciente também apresentou dificuldades no fator estruturação espaço-temporal (2,75 em 4) o que vai de encontro a Martin et al. (2013) que reportam alterações na percepção temporal em pacientes na esquizofrenia.

#### **5.4. Perfil Intraindividual**

Tendo em conta as informações obtidas, estabelecem-se como áreas fracas as dificuldades nas interações sociais, no tónus (hipertonia), equilíbrio, noção do corpo (onde se sublinha a percepção dos limites do Eu e a diferenciação entre realidade interna e externa) e estruturação espaço-temporal. Quanto às áreas fortes menciona-se o gosto pela música e motivação para a mudança.

#### **5.5. Plano Terapêutico – Objetivos gerais, objetivos específicos, atividades e estratégias**

A Pa. inicialmente tinha sido encaminhada para a PM para um acompanhamento individual. Porém a terapeuta optou por realizar uma intervenção em grupo, pois deste modo iriam ser trabalhados os mesmos objetivos adicionando a possibilidade de se trabalharem as interações sociais.

Os objetivos para esta utente consistem nos delineados para o grupo E, referidos anteriormente.

A estagiária planeou realizar 19 sessões, na terceira semana de Janeiro realizava a avaliação inicial, em meados de Março a avaliação intermédia e na primeira semana de Junho a avaliação final.

Para trabalhar os objetivos propostos a estagiária planeou as sessões tendo em conta a hierarquização dos fatores psicomotores. Devido às dificuldades nas interações sociais tanto da Pa. como dos restantes participantes do Grupo E, o contacto físico é estabelecido progressivamente. Nas atividades o corpo é sempre utilizado como referência, partindo-se do concreto para o simbólico. São utilizadas atividades lúdicas para se trabalharem os objetivos delineados, tornando-se mais apelativo para os utentes.

Este tipo de intervenção vem de acordo com a intervenção sugerida por Probst et al. (2010) descrita no enquadramento teórico. Esta consiste numa intervenção focada para ação (ou de carácter instrumental) onde é tido em conta a redução do stress (eg. a terapeuta utilizou exercícios de relaxação progressiva, exercícios de alongamentos, etc e no grupo psicomotricidade que todos os pacientes frequentaram, foram realizadas sessões com o tema gestão do stress); promover a ativação motora (que consistia num objetivo de diferentes atividades na maioria das sessões) e terapia psicossocial (a paciente foi envolvida num grupo).

Em seguida são referenciados alguns exemplos de atividades tendo em conta os objetivos. Estas atividades encontram-se descritas pormenorizadamente nos planeamentos de sessão (consultar anexo V).

**Tabela 16:** Objetivos e exemplos de atividades – Estudo de caso I

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Exemplos de Atividades</b>
<b>Promover um melhor controlo respiratório</b>	Aumentar a amplitude e o controlo das inspirações e expirações.	Exercícios de movimentos coordenados com a respiração; Insuflar balões.
<b>Promover a regulação tónica</b>	Aceder e permanecer num estado de passividade sem apresentar paratonias; Melhorar a capacidade de extensibilidade dos membros superiores e inferiores.	Exercícios de alongamentos; Atividades de relaxação que impliquem a contração e descontração de grandes grupos musculares
<b>Desenvolver a equilibração</b>	Melhorar o equilíbrio estático diminuindo as dificuldades de controlo; Melhorar o equilíbrio dinâmico diminuindo a insegurança gravitacional.	Equilíbrio em apoio unipedal o máximo tempo possível; Equilíbrio dinâmico explorando diferentes formas de caminhar (eg: andar em bicos dos pés)
<b>Desenvolver a noção do corpo</b>	Melhorar a capacidade de imitar gestos diminuindo as descoordenações; Permitir uma diferenciação dos estímulos internos dos estímulos externos; Melhorar a percepção dos limites do corpo.	Cada um faz um passo de dança e os outros imitam; Movimentos em espelho; Desenho do corpo em tamanho real (comparação do imaginado com o real); Utilização de lenços e bolas em momento de relaxação; Automassagem; Atividade dos cartões com posições.
<b>Desenvolver a estruturação espaço-temporal</b>	Melhorar a sequencialização visuo-espacial; Diminuir as	Atividades de realizar ritmos no próprio corpo com

	dificuldades de integração rítmica.	diferentes cadências e com diferentes tempos (aumentar o número de tempos gradualmente); Atividade de ir de um lado para o outro da sala tendo em conta um determinado tempo; Jogo da grelha no chão; Representação da sala no quadro e definição de diferentes percursos.
<b>Desenvolver a praxia global</b>	Diminuir as dificuldades no planeamento da ação; Melhorar a coordenação óculo-manual; Melhorar a coordenação óculo-pedal; Melhorar a associação e dissociação de movimentos.	Realizar circuitos com diferentes materiais (bolas pinos, arcos); representação do circuito no quadro; Exercícios que impliquem dissociação de movimentos.
<b>Desenvolver as competências cognitivas</b>	Melhorar as capacidades de atenção e concentração; Melhorar a capacidade de memorização; Melhorar a capacidade de se expressar num plano simbólico e representativo	Jogo d' O meu movimento; jogo do Zip, Zap, Boing; Jogo de ritmos; Jogo da grelha no chão; Utilização do quadro para representar posições, movimentos, percursos através de um sistema de símbolos; Atividades de fazer como (eg.: andar como se estivéssemos sobre areia muito quente)

O controlo tónico, respiração e competências cognitivas vão sendo incluídos nas sessões. A estagiária planeou cerca de 3 sessões para trabalhar o equilíbrio; 5 sessões para a noção do corpo; 5 sessões para a estruturação espaço-temporal e 6 sessões para a praxia global.

## 5.6. Programa

Quanto às sessões de grupo apenas foram realizadas 17 pois houve uma sessão que a terapeuta não realizou porque os participantes chegaram todos atrasados (quase às 10horas) e noutra sessão esteve doente. Das 17 sessões a Pa. participou em 14.

Ao invés de se terem realizado 6 sessões para se trabalhar a praxia global, realizaram-se 4 sessões. A Avaliação Intermédia foi realizada a 27/03/2014 e foram obtidos os seguintes resultados:

**Tabela 17:** Avaliação Intermédia da Pa.

Fator Psicomotor	Tonicidade	Equilibração	Lateralização	Noção do corpo	Estruturação espaço-temporal	Praxia global	Praxia fina
<b>Resultados 1ª avaliação</b>	3,00	2,85	4,00	2,75	2,75	3,67	3,25
<b>Resultados 2ª avaliação</b>	2,71	3,00	4,00	2,00	2,50	3,17	2,75

Comparando a primeira avaliação com a segunda, verifica-se que a Pa. apresenta resultados inferiores na avaliação intermédia em todos os fatores psicomotores excetuando a equilíbrio. Nesta avaliação apresentou uma maior rigidez muscular, uma elevada fatigabilidade e dificuldades na compreensão das tarefas, o que não aconteceu na 1ª avaliação. Em termos gerais apresentou uma lentificação psicomotora e menos sintomas positivos da doença (segundo a própria, disse que tinha menos pensamentos negativos).

Na semana anterior à realização da avaliação intermédia, a Pa. tinha aumentado a dose de antipsicótico, nomeadamente a Clozapina que corresponde a um antipsicótico de segunda geração. Apesar dos antipsicóticos de segunda geração provocarem menos efeitos secundários que os de primeira, podem provoca-los na mesma (Rummel-Kluge et al., 2012).

Embora a lentificação psicomotora ocorra independentemente da medicação, o tratamento farmacológico influencia alguns aspetos do funcionamento psicomotor (Morrens et al., 2007).

### 5.7. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada a 03/06/14 e obtiveram-se os seguintes resultados:

**Tabela 18:** Avaliação final da Pa.

Fator Psicomotor	Tonicidade	Equilíbrio	Lateralização	Noção do corpo	Estruturação espaço-temporal	Praxia global	Praxia fina
Resultados 1ª avaliação	3,00	2,85	4,00	2,75	2,75	3,67	3,25
Resultados 2ª avaliação	2,71	3,00	4,00	2,00	2,50	3,17	2,75
Resultados 3ª avaliação	3,14	3,54	4,00	2,75	2,75	3,33	3,25

### 5.8. Apreciação Global

Na avaliação final a Pa. referiu que as sessões de psicomotricidade a ajudaram na atenção e na concentração e na sensação de falta de energia, mas que continua a sentir sensações corporais estranhas e à noite sente dificuldades em respirar.

É possível verificar que a Pa., após intervenção psicomotora, obteve melhorias no tónus e no equilíbrio, comparando a primeira avaliação com a última. Nos fatores noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxia fina, obtiveram-se melhorias após o aumento do antipsicótico, sendo que os valores da última avaliação são iguais aos da primeira e melhores que na segunda avaliação. No factor praxia global apesar de a terceira avaliação ser inferior à primeira, constatam-se melhorias entre a segunda avaliação e a terceira. Ou seja, é possível referir que se cumpriram os objetivos gerais: promover a regulação tónica; desenvolver a equilíbrio; desenvolver a noção do corpo; desenvolver a estruturação espaço-temporal e desenvolver a praxia global.

Quanto aos dados obtidos através da observação constatou-se que a Pa. apresentava menos dificuldades no contacto com o outro.

No que concerne ao desenvolvimento das competências cognitivas verificou-se ao longo das sessões que a Pa. melhorou as capacidades de atenção, concentração e memória (constatado na avaliação final e a própria refere essas melhorias), porém continuaram-se a verificar dificuldades no acesso ao pensamento simbólico. Ou seja, o objetivo geral de promover as competências cognitivas foi em parte cumprido.

Quanto à promoção do controlo respiratório conclui-se que este objetivo não foi cumprido pois os valores da apneia corresponderam a 1 em todas as avaliações e própria refere dificuldades neste sentido.

Quanto ao dispêndio energético, apesar de não constituir um objetivo, verificou-se que da segunda avaliação para a terceira a Pa. melhorou relativamente à fatigabilidade (passou de 2 para 4 – consultar anexo X para ver as avaliações) e a própria refere melhorias nesta área.

## 6. ESTUDO DE CASO II

**Tabela 19:** Identificação Estudo de Caso II

Identificação	
<b>Nome</b>	Na.
<b>Data de nascimento</b>	26/1/1980
<b>Idade</b>	34 Anos
<b>Género</b>	Feminino
<b>Nacionalidade</b>	Alemã
<b>Naturalidade</b>	Berlim
<b>Diagnóstico</b>	Perturbação Depressiva Major, episódio recorrente, moderada (principal); Personalidade Borderline (secundário)
<b>Motivo de encaminhamento para a PM</b>	Ansiedade social

### 6.1. História Clínica e Familiar

Os dados da história clínica, pessoal e familiar do indivíduo foram obtidos das notas de alta dos internamentos e dos relatos da própria na primeira entrevista.

A Na. é alemã e encontra-se em Portugal a realizar um doutoramento. Vive sozinha em Lisboa e tem uma irmã gémea que vive no Porto, que se encontra em Portugal também para realizar um doutoramento.

Está em Portugal há 3 anos, os pais vivem na Alemanha e tem mais um irmão que vive na China. A relação com a irmã gémea é caracterizada como fusional.

O primeiro internamento da Na. foi em Setembro de 2012 na sequência de um episódio de auto agressão deliberada no local de trabalho (com o braço direito esmurrou um vidro que se partiu e resultou numa ferida com lesão de tendões). À chegada do serviço de urgência apresentava-se etilizada.

A Na. antes deste internamento já apresentava queixas depressivas graves desde pelo menos Novembro de 2011, com avolição, anedonia, isolamento social e ocasional ideação suicida. A paciente diz que após o primeiro ano em Portugal, que terá corrido bem, começou gradualmente a diminuir o seu nível de produtividade e a atrasar-se nas metas do programa doutoral. Identificou também como uma das suas principais dificuldades o crescente isolamento social a que ficou votada à medida que os seus companheiros de doutoramento foram concluindo os seus projetos e foram regressando aos seus países. Nos últimos meses antes do primeiro internamento, desenvolveu consumo abusivo de álcool com frequentes episódios de embriaguez em locais públicos (incluindo no local de trabalho), levando em várias ocasiões à intervenção da polícia e dos vizinhos, tendo conduzido à expulsão do apartamento onde viveu.

Foram-se tornando frequentes os episódios de autoagressão deliberada (sobretudo cortes nos antebraços) e de bingeating com posterior indução do vômito.

Em Abril de 2012 terá colocado uma mensagem num fórum da internet alemã na qual descrevia o seu desejo de pôr termo à vida, o que levou a que a polícia alemã, através da Interpol, contactasse o IGC à sua procura. Por sugestão do supervisor de doutoramento recorreu a uma consulta de psiquiatria particular, tendo sido medicada com antidepressivo que não tomou e diazepam (benzodiazepina) que passou a tomar em excesso. A situação agravou-se gradualmente até ao episódio agudo que desencadeou o primeiro internamento.

Deste internamento teve alta muito melhorada passando a ser acompanhada em consulta externa. Após a estadia de um mês em Berlim com a família, retomou o seu trabalho no Instituto, com sucesso. Mudou-se para um novo apartamento em Lisboa e de acordo com o combinado em internamento, os pais passaram a revezar-se em Lisboa para dar suporte à doente. Em termos clínicos a evolução tinha-se pautado sempre por moderada instabilidade, com recorrência dos comportamentos auto agressivos e da ideação suicida nos períodos em que fica sozinha em Lisboa. Apesar de tudo tem conseguido conter a sua impulsividade autoagressiva e as crises de binge-drinking e binge-eating, começando a revelar-se capaz de pedir ajuda nos momentos de maior descontrolo destes impulsos.

Esteve novamente internada entre 23 de Abril e 14 de Maio de 2013 no HEM por ideação suicida com elevado risco de passagem ao ato. Nas últimas duas semanas antes deste internamento verificou-se um aumento acentuado da angústia e da impulsividade autodestrutiva, o que pareceu estar relacionado com o facto de a mãe ter recentemente regressado à Alemanha e não estar previsto que nenhum dos progenitores viesse viver consigo nos próximos tempos. Dado a paciente não ter qualquer tipo de suporte eficaz em Lisboa naquele momento, e manter ideação suicida estruturada com elevado risco de passagem ao ato, foi sugerido um breve internamento, o que aceitou após discussão da situação com o supervisor do doutoramento que apoiou esta decisão. No internamento obteve uma gradual remissão das queixas da ansiedade e da impulsividade heteroagressiva.

Resumidamente, a estadia em Portugal é caracterizada por enorme dificuldade em adaptar-se e integrar-se, tendo uma vida de isolamento social, sendo que não fez nenhum amigo em Lisboa nem no Instituto e o seu trabalho tem vindo a perder a qualidade devido à sua dificuldade em colaborar com os outros e às recorrentes ausências. Desde o internamento de 23/04/13 que frequenta o HD de manhã e o laboratório à tarde e tem evoluído de forma favorável com redução dos episódios de agressão e de embriaguez.

A 12/02/14 voltou a ser internada por ideação suicida com elevado risco de passagem ao ato. Este episódio parece ter sido desencadeado pelo regresso da mãe à Alemanha, no termo de uma estadia de duas semanas e, à semelhança do que tem sucedido noutros episódios, a partida dos pais após estadia prolongada desencadeia na doente sintomas de solidão e angústia. Contribuiu também o facto de apenas ter mais um ano para concluir o seu projeto doutoral, começando os pais a insistir que volte para a Alemanha. No internamento a situação evoluiu de forma muito favorável, com rápida remissão da angústia, da ideação autoagressiva e da depressão do humor.

A Na. praticava artes marciais em Portugal mas tinha deixado de ir aos treinos. Praticou basquetebol e atletismo na Alemanha.

A própria disse também que aos 18 anos teve uma depressão e não procurou apoio e mesmo antes desta idade disse que já se sentia triste, chorava com frequência e não se sentia integrada. Diz que teve muitas dificuldades em fazer o curso (ia beber com os amigos), teve uns anos parada e só acabou o curso aos 29 anos. Referiu que a sua mãe sempre foi muito exigente consigo e que tem receio de não ser bem-sucedida.

Quanto a sono e sonhos, a Na. disse que não tem dificuldades em dormir devido aos medicamentos e que tem a sensação que sonha mas não se recorda de nenhum sonho.

A paciente verbalizou que sente muita ansiedade quando as outras pessoas olham para ela ou se aproximam. Da observação da terapeuta, quando a Na. é solicitada a participar nos grupos, algo que a própria evita, apresenta tremores nas mãos.

A Na. só frequenta o HD da parte da manhã, tendo apoio psicoterapêutico individual três vezes por semana. Compreende a língua portuguesa mas só fala em inglês.

## 6.2. Avaliação Inicial

Na avaliação inicial foi aplicado o desenho do corpo, o esquema de tensões e o SCL-90-R. Quanto ao último instrumento, este foi aplicado em inglês pois é a língua em comum entre a paciente e a terapeuta. Para tal a estagiária procurou uma versão em inglês do SCL-90-R (consultar anexo Y), conferiu se cada item correspondia à versão portuguesa fazendo as alterações necessárias. Como não tinha acesso aos valores normativos para a população alemã, a aluna utilizou como referência os valores para a população portuguesa, apenas para se poder guiar e ter uma melhor perceção de quais os domínios que consistiam numa maior apreensão da sua parte.

Da observação da entrevista inicial constatou-se que a Na. investe pouco na sua aparência (roupas largas, cores neutras, sem adereços). Quanto à expressão verbal consistia em respostas sucintas. Apresentava tremores nas mãos e risos inadequados.

### 6.2.1. SCL-90 – R

Este questionário foi aplicado a 25/02/14 tendo em conta os sintomas no último mês. Foram obtidos os seguintes resultados:

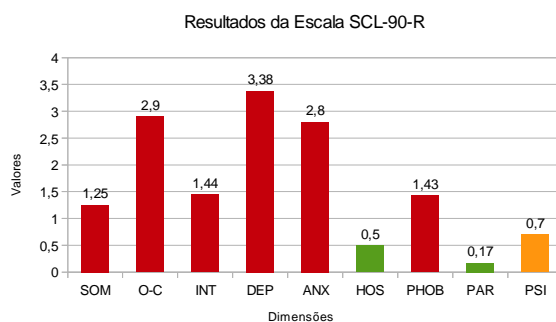


Figura 4: Resultados da escala SCL-90-R da avaliação inicial da Na.

Os domínios obtidos que se encontram a vermelho correspondem a valores considerados patológicos para a população portuguesa: domínio **somatizações** (aparecimento do sofrimento a partir de disfunções corporais, problemas cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios, dores de cabeça, dores nos músculos); **obsessões e compulsões** (pensamentos, impulsos ou ações que são experimentados como irresistíveis e persistentes pelo sujeito mas são de uma natureza ego-distónica e indesejável); **sensibilidade interpessoal** (sensações de inadequação pessoal e de inferioridade, particularmente em comparação com as outras pessoas. Na relação com os outros este indivíduos são hipersensíveis. Auto depreciação, sentimentos de preocupação excessiva e desconforto acentuado durante as interações interpessoais são manifestações características deste síndrome); **depressão** (sintomas de humor e afeto disfóricos, expressando o desinteresse pela vida, falta de motivação e perda de energia vital, estão também incluídos, sentimentos de desespero e pensamentos de suicídio); **ansiedade** (sinais gerais como nervosismo, tensão, tremores, ataques de pânico, sentimentos de terror, sentimentos de apreensão e medo); **ansiedade fóbica** (a atual estrutura desta dimensão é muito próxima da definição de agorafobia).

O domínio **psicotismo** (a amarelo) encontra-se perto do valor limite, os itens desta dimensão são indicativos de um estilo de vida introvertido, isolado e esquizoide, são também incluídas as alucinações e difusão de pensamentos.

### 6.2.2. Desenho do Corpo

O desenho do corpo foi aplicado à Na. a 18/02/14. Quando estava a fazer o desenho apresentou tremores nas mãos e dizia que não conseguia desenhar.



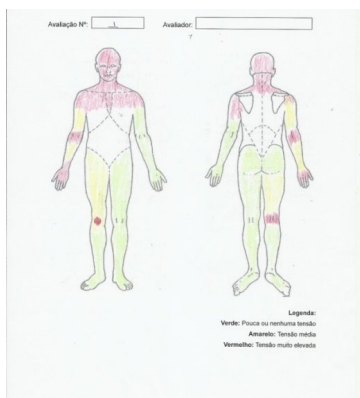
Como é possível verificar na Figura 5 o desenho é pequeno (preenche uma área pequena da folha) e o corpo é desproporcional, os braços são grandes e finos e a barriga proeminente, o que não responde à realidade pois a Na. é de estatura alta e é magra.

Quanto a pormenores anatómicos, é possível verificar que não tem roupa mas não está despido, e os olhos são apenas duas bolas, pode-se considerar que este é um corpo inexpressivo. Apenas o cabelo foi desenhado à sua imagem.

Figura 5: Desenho do corpo da Na. na primeira avaliação

### 6.2.3. Esquema de Tensões

No esquema de tensões é possível verificar que as áreas assinaladas a vermelho, i.e., com uma tensão muito elevada foram a cabeça, o pescoço, os ombros, o peito, o cotovelo direito, a mão direita e o joelho direito.



Com tensão média, ou seja as áreas assinaladas amarelo a foram o braço, o antebraço e a coxa direita. Sem tensão foram assinalados o membro superior esquerdo, os glúteos e o membro inferior esquerdo. As costas e o ventre ficaram por preencher pois foram zonas que a Na. não conseguiu escutar o nível de tensão.

Esta disse que a tensão no braço direito e na coluna cervical se deviam a más posturas no trabalho.

**Figura 6:** Esquema de tensões da Na. na primeira avaliação

### 6.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Tendo em conta a história clínica e pessoal e os resultados da avaliação inicial da utente, foram definidos como elementos critério: relação fusional com a irmã gémea; ansiedade social; isolamento/solidão; mãe exigente; medo do insucesso; autoagressão; falta de controlo; impulsividade (verificável pelos comportamentos de automutilação; bingeating; binge-drinking); dificuldades na autorregulação.

Esta mãe demasiado exigente pode ter levado ao seu medo de insucesso, provavelmente sempre achou que não era capaz. A relação fusional com a irmã pode ter levado a que se tenha inibido nas outras relações sociais.

A automutilação é um sintoma da PBL (Rao et al., 2008) e como fator preditor deste comportamento em pacientes com PBL é a presença de perturbação depressiva major e ser do género feminino (Zanarini et al., 2011), que é o caso da Na.

Os episódios de automutilação e ideação suicida na Na., tal como descrito anteriormente, eram desencadeados quando ficava sozinha em Lisboa. Leibenluft et al. cit in Rao et al. (2008) referem que o ato de automutilação pode ser descrito em 5 estágios:

1. O evento precipitante (eg. Perca de uma relação significativa);
2. Aumento da disforia;
3. Tentativas para evitar a automutilação;
4. Automutilação;
5. Resultado (eg. libertação da tensão);

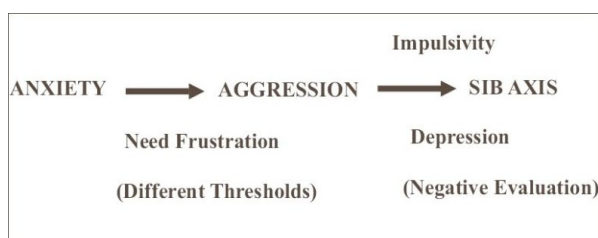
Este modelo teórico vem de encontro à situação desta paciente sendo que o evento precipitante era o regresso dos pais à Alemanha quando a vinham visitar.

O comportamento de automutilação representa uma estratégia de coping que é reforçada pelos efeitos produzidos pelo acto em si (diminuição da tensão). Uma pessoa que se automutila por norma apresenta uma elevada sensibilidade à rejeição interpessoal (Rao et al., 2008).

O comportamento disruptivo como a automutilação, ou outros comportamentos impulsivos, pode resultar de uma tentativa do sujeito de mudar o foco da atenção do seu estado emocional negativo (Selby et al., 2009).

De acordo com o Modelo da Cascata Emocional existe uma relação entre efeito negativo e processos ruminativos, que resultam numa cascata emocional que é iniciada por um evento emocionalmente negativo. Este evento faz com que o indivíduo rumine intensamente aumentando por sua vez a intensidade da emoção. Conforme a emoção cresce cada vez é mais difícil para o indivíduo mudar o foco da atenção (Selby et al., 2009).

Rao et al. (2008) estabelecem o seguinte Modelo Compreensivo para o comportamento da automutilação:



**Figura 7:** Modelo compreensivo da automutilação segundo Rao et al. (2008).

Os autores sugerem que a ansiedade, ligada a baixos limiares de frustração, pode levar à agressividade e que se o sujeito tem uma avaliação negativa de si mesmo, aliado à impulsividade, pode então levar aos comportamentos de autoagressão (SIB - self injury behavior).

#### **6.4. Perfil Intraindividual**

A Na. apresenta como áreas fortes para a intervenção psicomotora a prática de desporto e a inteligência. Como áreas fracas é possível enumerar: frustração; impulsividade; autoestima; capacidade de autorregulação e autocontrolo; noção do corpo; relações interpessoais.

#### **6.5. Plano Terapêutico – Objetivos gerais, objetivos específicos, atividades e estratégias**

A Na. apresenta várias dificuldades que podem ser trabalhadas através da intervenção psicomotora (eg. défices na mentalização, inibição no contacto com o outro, problemas na autoimagem, etc.). Dado o pouco tempo de intervenção previsto a estagiária optou por estabelecer objetivos das necessidades mais urgentes da paciente, tendo considerado que o mais importante seria ela conseguir estabelecer contactos com outras pessoas. Para tal era importante que tolerasse o contacto com os outros e que se sentisse mais confortável com a língua portuguesa.

Posto isto, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

**Tabela 20:** Objetivos estabelecidos para a Na.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Promover a autonomia e autoconfiança</b>	Diminuir a inibição/bloqueio na presença de outras pessoas; Promover a tomada de iniciativas em contexto terapêutico; Diminuir os tremores na presença e no contacto com as outras pessoas.
<b>Promover a autorregulação</b>	Melhorar o autocontrolo tónico.
<b>Promover o controlo da ansiedade</b>	Permitir um relaxamento muscular; Melhorar a capacidade autoconcentrativa.
<b>Desenvolver a noção do corpo</b>	Melhorar a noção dos limites do corpo através da consciência tátil; Melhorar a noção do corpo através da sua representação.
<b>Desenvolver o controlo da impulsividade</b>	Promover o planeamento das suas ações.

Para trabalhar os objetivos propostos a estagiária sugere iniciar o processo terapêutico com atividades mais diretivas e ir progressivamente para atividades menos diretivas, promovendo a agentividade do sujeito, mas não começando por onde esta tem mais dificuldades e sim ir progressivamente promovendo a sua autonomia.

Se o indivíduo tem dificuldades na autoconcentração, a estagiária sugere iniciar a terapia com técnicas de relaxamento muscular e depois então passar para técnicas que privilegiem um relaxamento das atividades mentais. Começar também por técnicas de relaxação mais dinâmicas e posteriormente utilizar técnicas mais passivas.

Se o contacto físico para utente é vivido com ansiedade, a estagiária propõe estabelecer este contacto progressivamente, primeiro privilegiando o espaço pessoal da paciente, depois através de objetos mediadores e somente quando a Na. estiver confortável realizar atividades que impliquem toque.

A língua constitui um fator importante neste processo terapêutico, pois o facto de a Na. não conseguir comunicar em português contribuiu para o seu isolamento social. A terapeuta sugere então dar as sessões em inglês de modo a tornar o espaço da sessão num ambiente securizante para a utente, mas progressivamente ir explicando as atividades em português de modo a ajudar a Na. a falar a língua do país onde está a viver.

Foi proposto realizar cerca de 15 sessões (início a 18 de Fevereiro, término por volta de 27 de Maio), com duração de 45 minutos e frequência semanal. Tendo em conta os objetivos e as estratégias estabelecidas, são planeadas as seguintes atividades:

**Tabela 21:** Exemplos de atividades para a Na. tendo em conta os objetivos

<b>Número de sessões</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Exemplo de atividades</b>
<b>Nas primeiras 4 sessões...</b>	Permitir um relaxamento muscular; Melhorar o autocontrolo tónico.	Avaliação Inicial; Relaxação progressiva do método de Jacobson; Movimentos de controlo da Eutonia; exercícios de consciencialização da postura.

<b>Da 5ª à 9ª sessão...</b>	Diminuir a inibição/bloqueio na presença de outras pessoas; Diminuir os tremores na presença e no contacto com as outras pessoas; Melhorar a noção dos limites do corpo através da consciência tátil;	Exercícios de mobilização passiva com objetos mediadores; exercícios de indução do movimento entre terapeuta e paciente (sopro, caneta); movimentos em espelho; jogos de confiança.
<b>Da 9ª à 15ª sessão...</b>	Promover a tomada de iniciativas em contexto terapêutico; Melhorar a capacidade autoconcentrativa; Melhorar a noção do corpo através da sua representação; Melhorar o planeamento das suas ações.	Exercícios de mobilização passiva sem objetos; Automassagem; atividades de representação do movimento; atividades escolhidas por ela; exercícios de desenhar os limites do corpo; Indução de sensações tendo em conta o treino Autógeno de Shultz; Avaliação Final.

O plano terapêutico supracitado vem de encontro à intervenção sugerida por Probst et al. (2010), pois o enfoque da terapia é para a experiência (ou de carácter relacional), permitindo que esta paciente reorganize as suas experiências num ambiente seguro, contentor e terapêutico, através da relação terapêutica.

Pretende-se usar o movimento como uma ferramenta terapêutica para estimular a aquisição de determinadas competências. Esta abordagem psicomotora tem como objetivo compreender e interpretar os comportamentos dos pacientes em função dos estados mentais intencionais como necessidades, desejos, sentimentos, crenças, objetivos e razões. O movimento aqui funciona como um laboratório para aprender a lidar com as emoções. Ao mesmo tempo o processo de consciencialização e verbalização pode ser estimulado (Probst et al., 2010).

Tal como sugerido por este autor, é combinado com a Na. uma intervenção psicoterapêutica verbal nas sessões de psicologia e um trabalho corporal nas sessões de psicomotricidade.

No plano terapêutico não foi contemplada a realização de uma avaliação intermédia pois a estagiária achou que não se justificava dado serem só 15 sessões. Em anexo encontram-se os planeamentos de sessão (consultar anexo Z) e os respetivos relatórios (consultar anexo A1).

## 6.6. Programa

No total foram realizadas 13 sessões. Até à 11ª sessão (a 30 de Abril) foi realizado o que estava planeado, apenas com pequenos ajustes de acordo como a Na. se sentia no próprio dia da sessão, ou como ela ia vivenciando as atividades.

No mês de Maio foi sugerido à Na. o encaminhamento para outra estrutura, nomeadamente o UAL (Unidade de Alcoologia de Lisboa), pois cada vez que esta se encontrava utilizada automutilava-se. A equipa técnica do HD refletiu sobre a melhor solução para esta utente chegando à conclusão que a melhor estratégia terapêutica seria ajudá-la nesta adição numa estrutura adequada para tal.

Na primeira semana de Maio a Na. sentiu-se muito ansiosa com o facto de sair do HD e voltou a automutilar-se (no dia 7 de Maio faltou à sessão porque estava nas urgências do

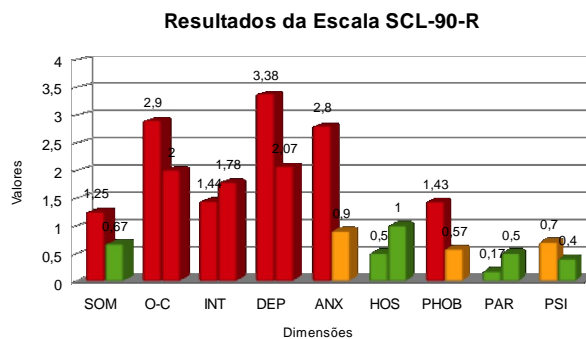
Hospital de Santa Maria). Na semana a seguir, ou seja, na segunda semana de Maio também não foi à sessão de PM devido a marcações no UAL.

A última sessão realizou-se a 22 de Maio e consistiu na avaliação final. Como o único gabinete disponível para a mesma era o gabinete dos técnicos, a estagiária apenas aplicou o SCL-90-R e o desenho do corpo devido à falta de espaço para realizar o esquema de tensões. Nesta sessão a Na. apresentava-se calma, apesar de estar na semana de abstinência alcoólica. Disse que sentia preparada para sair do HD e gostava dos técnicos da outra instituição.

No dia 5 de Junho realizou-se uma reunião conjunta dos técnicos e a Na. onde se deu a sua alta clínica.

## 6.7. Avaliação Final

### 6.7.1. SCL-90-R



**Figura 8:** Resultados da escala SCL-90-R da avaliação final da Na.

Comparando os resultados da escala SCL-90-R na primeira avaliação (primeira coluna) e na avaliação final (segunda coluna) constata-se que diminuíram os valores dos domínios somatizações, ansiedade e ansiedade fóbica, passando de valores considerados patológicos para a população portuguesa para valores abaixo do ponto de corte. Diminuí também os valores relativos às obsessões e compulsões e depressão, continuando acima do valor limite para a população portuguesa.

Os valores relativos ao domínio hostilidade aumentaram mas pode dever-se ao facto de estar em abstinência alcoólica, aumentaram também os valores quanto à sensibilidade interpessoal o que pode estar relacionada com a saída do HD e todo este processo.

### 6.7.2. Desenho do Corpo



No desenho do corpo não se constatam diferenças em termos gráficos, apenas um sorriso na avaliação final. As diferenças foram na realização da prova, quando a Na. estava a fazer o desenho não tremeu das mãos, riu-se e encarou a atividade sem ansiedade.

**Figura 9:** Desenho do corpo da Na. na avaliação final

## 6.8. Apreciação global

Apesar do plano terapêutico não ter sido cumprido na sua totalidade, considera-se que alguns dos objetivos propostos foram alcançados. Quanto à promoção do controlo da ansiedade, a terapeuta verificou que a paciente melhorou a capacidade autoconcentrativa e o acesso à passividade durante as sessões, dados obtidos através da observação. Além disso, reduziram os valores do SCL-90-R no domínio ansiedade.

No que concerne à promoção da autorregulação, se se tiver apenas em consideração o autocontrolo tónico é possível referir que nas atividades da Eutonia a Na. realizou movimentos lentos e fluidos apresentando controlo tónico, e que ao longo das sessões foi apresentando um melhor acesso à passividade. Os valores do SCL-90-R nos domínios de obsessões e compulsões e ansiedade fóbica diminuíram, porém continuam a estar acima do valor limite. A Na. continuou com comportamentos de binge-drinking e auto-agressão, o que levou à sua alta do HD para outra estrutura (UAL), e nos SCL-90-R o domínio hostilidade aumentou de valor. A estagiária considera que para este objetivo ser cumprido seria necessário ter mais sessões de intervenção psicomotora com atividades nesse sentido.

Quanto à noção do corpo, se se tiver em conta o desenho do corpo, não se constatam alterações porém, através deste instrumento avalia-se a noção do corpo através da sua representação. As atividades que iam ao encontro deste objetivo não chegaram a ser efetuadas, somente as de melhorar a noção dos limites do corpo através da consciência tátil.

O objetivo promover a autonomia e autoconfiança foi em parte cumprido, pois pela observação da terapeuta e pelos relatos da própria Na., esta treme significativamente menos no contacto com as outras pessoas e permite que as pessoas estejam mais próximas dela ou seja, pode-se considerar que foram cumpridos os objetivos de diminuir a inibição/bloqueio na presença de outras pessoas assim como os tremores. Quanto à promoção de tomada de iniciativas em contexto terapêutico, a paciente apresentou muitas dificuldades em escolher atividades na sessão, a estagiária sugere que para este objetivo ser cumprido teriam de se realizar mais sessões neste sentido. No SCL-90-R os valores da depressão baixaram mas continuam acima do ponto de corte e os valores da sensibilidade interpessoal aumentaram.

Tendo em conta os relatos da Na., esta disse que as sessões de psicomotricidade lhe permitiram conseguir estar mais em contacto com as outras pessoas, pensar antes de agir, escutar os seus sentimentos e sentir-se melhor com ela própria. Referiu que as sessões foram úteis pois através da relação que estabeleceu com a terapeuta, permitiu-lhe fazer um transfer para vida real e aprender a confiar nos outros. Na última sessão disse também que ia voltar a praticar artes marciais.

## 7. DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Ao longo do estágio a aluna deparou-se com diferentes dificuldades e limitações, relacionadas com a profissão em si e com o local de estágio em questão.

Relacionadas com a Reabilitação Psicomotora, uma das maiores limitações encontradas foi a inexistência de um instrumento validado para a população portuguesa que avalie o perfil psicomotor do adulto. A estagiária considera que este passo é importante para a consolidação da psicomotricidade como profissão. Neste sentido a aluna propõe o

modelo de entrevista clínica, que não colmata esta dificuldade, mas acredita já ser um passo para auxiliar o psicomotricista na sua prática.

Outra limitação sentida foi a falta de publicações sobre a psicomotricidade em contexto de saúde mental de adultos, o que se revelou numa dificuldade inicial na compreensão das alterações psicomotoras subjacentes a cada psicopatologia. Devido a este facto, foi exigido um estudo mais aprofundado por parte da aluna (o que neste sentido foi positivo), resultando numa proposta de publicação de um artigo de revisão da literatura *As alterações psicomotoras na esquizofrenia* (consultar anexo B1 para ver versão provisória do artigo na íntegra). A aluna pretende que este artigo auxilie o psicomotricista na identificação das áreas em maior défice nesta população, na delimitação dos objetivos de intervenção e na justificação do seu trabalho junto das instituições.

Foram também sentidas limitações relacionadas com o local de estágio, nomeadamente em termos de recursos físicos e materiais. Os gabinetes disponíveis para o HD são poucos para os profissionais existentes, mesmo só contemplando a equipa fixa, se é necessário realizar mais do que uma intervenção em simultâneo (eg. uma intervenção individual ou familiar no tempo de uma intervenção de grupo), os técnicos encontram-se muito limitados e têm que realizar sessões ou no gabinete dos técnicos, ou na sala de aulas (que muitas vezes não está disponível), ou na sala de refeições dos utentes (o que também na maioria das vezes não é viável). Por vezes existe a opção de se utilizar gabinetes do espaço da equipa comunitária de Lisboa, porém esta opção não é viável na maioria das vezes, pois os gabinetes deste espaço são também partilhados com a equipa de ligação.

Outra limitação sentida foi relativamente aos materiais disponíveis, como referido anteriormente, o HD teve que solicitar colchões pois o único material disponível quando a estagiária iniciou as suas atividades era uma bola e material para pintar. A solução encontrada foi a aluna trazer materiais construídos em casa ou solicitar à terapeuta ocupacional, o que estava longe de ser ideal pois na sala da terapia ocupacional além dos materiais serem necessários, esta é no 7º piso do HEM (no internamento) e o HD é no piso 0 (nas consultas externas).

## 8. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Ao longo do período de estágio a aluna realizou outras atividades, além das descritas no ponto 1 do capítulo III, que complementaram o aprofundamento das competências profissionais.

Devido a algumas dificuldades sentidas, a aluna foi assistir a sessões de terapia psicomotora com a professora Janete Maximiano no Centro de Saúde da Damaia, a 25/11/13, tendo participado em sessões individuais e de grupo. A estagiária reuniu-se também com a professora Susana Guimarães de modo a esclarecer dúvidas acerca da prática psicomotora neste contexto. Estes encontros tiveram como objetivo contactar com outras psicomotricistas especialistas em saúde mental que pudessem auxiliar no começo do estágio.

Em contexto de HD a estagiária participou em diversas atividades no exterior, nomeadamente numa visita ao Museu do Oriente a 30/10/13, numa visita ao Museu da Eletricidade a 03/03/14 e ao Jardim Zoológico a 09/04/14. Estas visitas tinham como objetivo proporcionar um momento recreativo e de lazer para os utentes do HD.

Além do trabalho realizado em conjunto com a enfermagem já referido ao longo do relatório, a estagiária assistiu a sessões de outros profissionais ao longo do estágio. Concretamente participou em sessões de terapia ocupacional no internamento de psiquiatria do HEM com a terapeuta Maria João Casaca, permitindo uma maior perceção das diferenças dos estádios da doença mental. Assistiu também a sessões de grupo para pessoas com psicose, dinamizadas pelo Dr. Luís Bento (interno de psiquiatria). Estas participações auxiliam por um lado a clarificar os papéis dos diferentes profissionais e por outro num momento de aprendizagem.

Ainda em contexto hospitalar, a estagiária realizou uma formação em Suporte Básico de Vida do Adulto, dinamizada pelo enfermeiro João Paulo Estrela a 30/05/14, com a finalidade de ganhar competências em como agir numa situação de emergência. Realizou também uma visita ao Fórum de Apoio Social da ARIA com a enfermeira Sandra Andrade a 20/06/14 com o objetivo de conhecer outras instituições que realizam intervenção no âmbito da saúde mental em adultos.

Quanto a apresentações, a estagiária participou na sessão clínica dinamizada pela equipa do HD a 06/06/14, onde explicou brevemente em que consiste a intervenção psicomotora neste contexto e qual o trabalho que desenvolveu no HD (consultar anexo C1 para ver a apresentação) e deste modo dar a conhecer a intervenção realizada neste contexto a mais profissionais do serviço. A aluna fez também uma apresentação para a equipa do HD a 20/06/14 onde apresentou e discutiu brevemente os resultados obtidos pelo seu trabalho e explicou mais aprofundadamente como pensou um dos casos (consultar anexo D1 para ver a apresentação).

No que concerne a trabalho desenvolvido em contexto da Faculdade de Motricidade Humana, foi realizada uma apresentação de um estudo de caso nas Maratonas da Psicomotricidade a 02/03/14 (consultar anexo E1 para ver a apresentação) de modo a dar a conhecer o seu trabalho aos alunos.

Quanto a publicações, foi elaborada uma proposta de uma ficha de caracterização clínica (consultar anexo B) e um artigo de revisão da literatura *As Alterações Psicomotoras na Esquizofrenia* encontrando-se em anexo a versão provisória do mesmo (consultar anexo B1). Estas publicações têm como objetivo principal auxiliar o psicomotricista na sua prática clínica e surgem no âmbito das dificuldades sentidas pela estagiária.

Além dos livros e artigos citados ao longo do documento a aluna leu outros livros da área que a auxiliaram na compreensão de alguns aspetos da saúde mental nomeadamente, *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* de J.L. Pio Abreu (2006) que permitiu a compreensão de alguns aspetos importantes integrados no modelo de entrevista clínica, e *Como tornar-se doente mental* igualmente de J.L. Pio Abreu (2011) tendo ajudado na compreensão da doença mental numa perspetiva desenvolvimental.

#### IV. ANÁLISE CRÍTICA E CONCLUSÃO

Quanto aos objetivos do ramo de aprofundamento de competências profissionais descritos no primeiro capítulo deste relatório, a aluna crê que estes foram cumpridos. Foi aprofundado o conhecimento no âmbito da reabilitação psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológicas. Como constatado ao longo do relatório, a aluna procurou incrementar o conhecimento científico acerca da área da saúde mental, das diferentes psicopatologias e o papel da psicomotricidade neste âmbito. Foram desenvolvidos programas de intervenção específicos para a estrutura onde decorreu o estágio pois não existiam modelos a seguir para intervenção específica em HD e a aluna estruturou um programa próprio de intervenção tendo em conta as necessidades do serviço. Foram também desenvolvidas metodologias específicas na avaliação em saúde mental pela construção do modelo de entrevista clínica.

A estagiária prestou um contributo inovador na implementação de novas práticas ao realizar um estágio autoproposto, levando a psicomotricidade para onde não existia antes, não só no HEM mas na estrutura específica de HD. Prestou também um contributo inovador na implementação de novos conhecimentos através das publicações propostas, contribuindo assim para o desenvolvimento profissional e científico da profissão.

Crê-se que estes objetivos foram cumpridos com sucesso pois foi feita uma proposta para estágio profissional (consultar anexo F1 para ver a proposta de estágio profissional enviada ao conselho de administração pelo Diretor de Serviço de Psiquiatria), devido ao contributo que a psicomotricidade trouxe para o tratamento de doentes psiquiátricos traduzindo-se esta numa mais-valia significativa. Através deste estágio profissional era pretendia-se dar continuidade às intervenções iniciadas pela aluna pois não existe mais nenhum profissional no serviço que o pudesse fazer.

A proposta de estágio profissional foi recusada não pela sua pertinência, mas pelos cortes orçamentais com que o CHLO se depara devido à crise económica do país. Ficou a sugestão da administração do CHLO de se voltar a realizar a mesma proposta no próximo ano.

O ramo de aprofundamento de competências profissionais surge no 5º ano de formação em Reabilitação Psicomotora, refletindo deste modo a integração dos diferentes conteúdos abordados no 1º ciclo e no ano curricular do 2º ciclo. Para os estudantes de psicomotricidade intervirem eficazmente é necessário que tenha ocorrido a integração do conhecimento das várias unidades curriculares, desde as que têm uma vertente mais prática (eg. métodos de relaxação, terapias expressivas, etc.) às que têm uma vertente mais teórica (eg. psicopatologia, avaliação e intervenção em saúde mental, etc.), integração essa que começa no primeiro ano que é quando os alunos começam a perceber o que é a psicomotricidade, até ao último ano onde se tornam capazes de aplicar e construir programas de intervenção psicomotora com metodologias específicas.

O último ano do mestrado reflete também todo o percurso individual da aluna, no sentido em que este estágio não demonstra só a integração dos conhecimentos obtidos na licenciatura e no mestrado, mas também das atividades extracurriculares à formação em Reabilitação Psicomotora que a aluna realizou. Vários exemplos podem ser referidos para ilustrar esta ideia, como a participação numa escola de verão (Intensive Program) em Zurique que proporcionou conhecimentos que foram aplicados no estágio, a realização de uma pós-graduação em Neuropsicologia Clínica que lhe permitiu

compreender melhor alguns conteúdos bem como diferentes congressos e workshops que esta realizou. Além do conhecimento académico, a aluna integrou no estágio conteúdos do âmbito pessoal como a prática de yoga ou o gosto por música.

Pode-se afirmar que o estágio contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional da aluna. Quanto ao desenvolvimento pessoal o estágio foi fulcral neste sentido. Esta estrutura consiste num regime de terapia intensiva e a participação nos diferentes grupos terapêuticos proporcionou uma autorreflexão, contribuindo para o aumento do autoconhecimento. Estas competências são fundamentais para o trabalho em saúde mental.

Neste contexto onde os técnicos procuram a recuperação do utente trabalhando através da relação, por vezes surgem situações de agressividade e de manipulação. É importante o técnico ter um bom autoconhecimento para ser capaz de interpretar as atitudes do paciente, saber o que este está a projetar em si e deste modo tornar a relação que se estabeleceu numa relação terapêutica.

Este estágio foi realizado numa estrutura recente (apenas constituída em Março de 2013) o que trouxe vantagens na formação da estagiária, por eg. a aluna participou na construção do contrato terapêutico e nas normas de funcionamento do HD, e contribuiu para a resolução de problemas que iam surgindo pela primeira vez.

Quanto à profissão do psicomotricista, tal como referido no artigo de Probst et al. (2010), a terapia psicomotora em saúde mental é relativamente recente, é uma área em desenvolvimento e é necessária mais investigação para se avaliar a eficácia da intervenção psicomotora em diferentes populações, e se desenvolverem mais programas de tratamento com evidência científica.

Esta profissão não se encontra regulamentada pelo Ministério da Saúde, e a aluna crê que se houver evidência científica da eficácia da terapia psicomotora neste contexto será facilitador para a oficialização da mesma.

Esta é uma área que se encontra a emergir neste momento, algo verificável pelas datas recentes dos artigos utilizados na revisão da literatura, especialmente no que concerne às alterações psicomotoras das perturbações mentais. O enfoque nas manifestações corporais de cada patologia surge neste sentido, é importante que estejam descritas e fundamentadas as áreas em o psicomotricista pode atuar para posteriormente se estabelecer programas de intervenção e avaliar a sua eficácia.

A estagiária pensa que este passo é trabalhoso mas valerá a pena pelas potencialidades desta terapia. No caso deste estágio, quando a aluna o terminou foi feita uma proposta de estágio profissional ao conselho de administração do CHLO, devido aos benefícios reconhecidos pelos utentes e pela equipa técnica. Ou seja, num contexto de aprendizagem, onde os conhecimentos estão a ser aplicados pela primeira vez, foram registados resultados positivos, quer a nível formal através das avaliações efetuadas quer a nível informal pelos relatos dos utentes e pela observação dos técnicos. Crê-se que com mais tempo de intervenção psicomotora ir-se-iam obter mais resultados.

Quanto ao enquadramento teórico realizado e ao enfoque nas manifestações corporais que cada diagnóstico pode acarretar, é importante ressaltar que a intervenção psicomotora é dirigida à pessoa e não ao diagnóstico. I.e., este tipo de revisão de literatura ajuda o psicomotricista a pensar e a fundamentar a sua intervenção, mas é necessário ter em conta que cada pessoa é única, com o seu desenvolvimento singular.

É importante encarar a pessoa e o seu diagnóstico numa perspetiva desenvolvimental. Tal como Pio Abreu (2011) aborda no seu livro *Como tornar-se doente mental*, a doença mental não é estanque dependendo das experiências e do percurso de cada um, podendo até haver alterações ao diagnóstico inicial. Concomitante com esta visão, surgem alterações no DSM-V, por eg. a esquizofrenia surge como perturbações do espectro da esquizofrenia, dando a ideia de um modo de funcionamento patológico da pessoa e não de um diagnóstico sujeito a critérios tão específicos como existia com os subtipos no DSM-IV.

O modelo de entrevista clínica proposto, contempla esta visão no sentido em que mais do que o diagnóstico, é importante perceber qual é o modo de funcionamento da pessoa que nos pede ajuda.

É importante referir também que vários temas abordados no enquadramento teórico correspondem a extensas investigações e que esta revisão da literatura corresponde a uma síntese.

Outro ponto importante e que foi refletido ao longo deste documento é o enquadramento da intervenção psicomotora numa equipa multidisciplinar. Devido a este facto a aluna procurou assistir a intervenções de outros profissionais, participar sempre nas reuniões clínicas e de equipa, pois as valências dos serviços de psiquiatria funcionam pela complementaridade do trabalho realizado pelos vários profissionais.

O trabalho do psicomotricista não é só focado na pessoa mas nos contextos onde esta interage, daí o trabalho com as famílias e com a comunidade ser extremamente importante. No caso concreto do HD procurava-se que a família tivesse um papel ativo na recuperação do utente e caso necessário realizava-se intervenção junto desta. As famílias participavam no processo de admissão do utente bem como na sua alta através da realização de entrevistas conjuntas, e ao longo do tratamento sempre que necessário realizavam-se reuniões com o utente e com a sua família. A assistente social colaborava com o HD indicando estruturas mais adequadas caso fosse necessário reencaminhar o utente ou formações para estes realizarem.

Quanto à intervenção realizada pela aluna, descrita no enquadramento da prática profissional, esta ocorria em complementaridade com os outros profissionais. A intervenção foi organizada em sessões individuais e sessões de grupo permitindo que a estagiária adquirisse diferentes competências. O grupo realizado para todos os utentes do HD proporcionou à aluna um grande momento de aprendizagem pela gestão de um grupo tão heterogéneo. Outra experiência bastante rica foi o dar sessões em inglês para uma paciente alemã.

As dificuldades e limitações referidas funcionaram como motor para o desenvolvimento pessoal e profissional da estagiária, por e.g., o facto de os materiais serem praticamente inexistentes neste contexto, estimulou o pensamento criativo da mesma, entre outras situações.

Quanto à relação com os utentes a estagiária sentiu que foi mais fácil estabelecê-la do que terminá-la. Foram sentidas dificuldades na gestão da separação por parte dos utentes, por eg. houve um utente que na avaliação final desistia de realizar as tarefas propostas (neste caso era uma aplicação da BPM) referindo que precisava de continuar a beneficiar desta terapia. Vários foram os utentes que solicitaram a continuação da terapia psicomotora com esta terapeuta. Esta situação foi gerida pela estagiária preparando a alta com antecedência, focando sempre os ganhos e as competências adquiridas pelos pacientes.

O facto de ter sido um estágio autoproposto estimulou a capacidade empreendedora da aluna, tendo sido adquiridas competências em como construir o próprio posto de trabalho. Isto implica explicar o que o psicomotricista faz, o que vem acrescentar ao serviço e de que forma é que interliga e completa as intervenções que já existiam.

Outro ponto importante a referir foram as apresentações efetuadas. Revelaram a sua importância na medida em que exigiram da aluna uma capacidade de integração e compreensão de informação para a sua posterior exposição. Em específico a apresentação na sessão clínica foi muito rica, pois através desta foi possível explicar a mais profissionais no que consiste esta área de intervenção e assim contribuir para o estabelecimento da terapia psicomotora como profissão.

Este estágio consistiu apenas no início do aprofundamento das competências profissionais, como perspectivas futuras a estagiária enumera a continuação do trabalho neste sentido. Sublinha-se a importância da evidência científica da terapia psicomotora e a pertinência desta terapia neste contexto. É possível concluir que a psicomotricidade complementa as intervenções já estabelecidas permitindo oferecer aos utentes um tratamento mais completo e eficaz.

## V. BILIOGRAFIA

- Abarquez, E. R., Ampilanon, R. M., Ausa, R. S., Balboa, T. M., Batuhan, K. P., Beltran, M. S., et al. (2010). *A Case Study on Schizophrenia Undifferentiated*.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Personality Disorders*. Retirado a 15/05/14 de <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013b). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Retirado a 15/05/14 de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (s.d.) *Schizophrenia*. Retirado a 15/05/14 de <http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20Fact%20Sheet.pdf>
- Amparo, D. e Antúnez, A. (2012). O corpo vivido na psicose: método fenômeno estrutural do Rorschach. *Avaliação Psicológica*. 11, (3), 335-346.
- Andrade, S., Estrela, J. e Salvaterra, E. (2014). *Manual do Serviço - Hospital de Dia de Psiquiatria CHLO/ HEM*. Lisboa (edição não publicada).
- Andre, P., Benavides, T. e Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps & psychiatrie*. Thoiry: Heures de France Editions.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.). *Psicomotricidade*. Retirado a 22 /04/14 de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Baier, M. (2010). Insight in Schizophrenia: A Review. *Current Psychiatry Reports*. 356-361.
- Bateman, A. e Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 9, 11-15.
- Bennabi, D., Vandell, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T. e Haffen, E. (2013). Psychomotor Retardation in Depression: A Systematic Review of Diagnostic, Pathophysiologic, and Therapeutic Implications. *BioMed Research International*. 1-18.
- Bipeta, R. e Khan, M. (2012). Delirious Mania: Can We Get Away with This Concept? A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Psychiatry*. 1-7.
- Biskin, R. e Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*. 184, (16), 1789- 1794.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*. I, (2), 20-26.
- Braiconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Buyukdura, J., McClintock, S. e Croarkin, P. (2011). Psychomotor retardation in depression: Biological underpinnings, measurement, and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 35, (2), 395–409.
- Cardinal, N. R., e Bullmore, E. T. (2011). *The Diagnosis of Psychosis*. New York: Cambridge University Press .
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. (s.d.). *Missão, Visão e Valores*. Retirado a 20/06/14 de [http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/?sm=0\\_1](http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/?sm=0_1)

- Chan, R., Xu, T., Heinrichs, R., Yu, Y. e Wang, Y. (2010). Neurological Soft Signs in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 36, (6), 1089–1104.
- Correia, D. T. (2013). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel .
- Correia, P. e Melo, F. (2007). Encéfalo. In P. Correia, (Ed.), *Anatomofisiologia Tomo II* (pp. 37- 69). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. e Zandio, M. (2006). Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* .
- Cuesta, M., Peralta, V., Campos, M. e Garcia-Jalon, E. (2011). Can insight be predicted in first-episode psychosis patients? A longitudinal and hierarchical analysis of predictors in a drug-naïve sample . *Schizophrenia Research*. 148-156.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência : do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo : Companhia das Letras.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A construção do Cérebro Consciente*. Círculo de Leitores.
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Fransen, E., De Hert, M. et al. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 126, 256–265.
- Dumet, N. (2002). Somatisations et vie psychique quels rapports, quels liens? Brève revue de quelques hypothèses théoriques pour penser le trouble somatique. In N. Dumet e G. Broyer (Ed), *Cliniques du corps* (pp. 125-134). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Espadinha, C., Santos, S. e Morato, P. (2014). *Manual de Redação de Documentos Científicos na FMH*. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.
- European Forum of Psychomotricity. (s.d.). Retirado em 02/03/14 de <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Ferraz, C. (2009). Princípios das Terapias Expressivas Integradas. In A. Nascimento, *Terapias Expressivas Integradas* (pp. 15-37). Tiuttrév Editorial, Lda.
- Ferri, F., Frassinetti, F., Mastrangelo, F., Salone, A., Ferro, F. e Gallese, V. (2012). Bodily self and schizophrenia: The loss of implicit self-body knowledge. *Consciousness and Cognition*. 21,1365–1374.
- Fonseca, V. d. (1976). *Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. d. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. d. Fonseca e R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp.13-28). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. d. (2001b). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, J. d. (2007). O papel da Relaxação no Percurso Psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*. 9, 35-40.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. d. (2011). *Psicomotricidade e Neuropsicologia*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fuentealba, R. e Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*. 26, (1), 39-58.

- Gearing, R., Alonzo, D., Smolak, A., McHugh, K., Harmon, S. e Baldwin, S. (2010). Association of Religion with Delusions and Hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence.
- Godinho, M. (2007). *Controlo motor e Aprendizagem*. Cruz-Quebrada : Faculdade de Motricidade Humana.
- Grootens, K., Vermeeren, L., Verkes, R., Buitelaar, J., Sabbe, B., Veelen, N. et al. (2009). Psychomotor planning is deficient in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 107, 294–302.
- He, B. e Raichle, M. (2009). The fMRI signal, slow cortical potential and consciousness. *Trends Cogn Sci*. 13, (7), 302–309.
- Heitor, M.J., Bento, A., Brito, I., Cepeda, T. e Correia H. (2004). Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Houthoofd, S., Morrens, M., Hulstijn, W. e Sabbe, B. (2013). Differentiation between deviant trajectory planning, action planning, and reduced psychomotor speed in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 4, (18), 284-303.
- Jogems-Kostermana, B., Zitmanb, F., Van Hoof, J. e Hulstijn, W. (2001). Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 48, 317-333.
- Kaletsch, M., Pilgramm, S., Bischoff, M., Kindermann, S., Sauerbier, I., Stark, R. et al. (2014). Major depressive disorder alters perception of emotional body movements. *Frontiers in Psychiatry*. 5, 1-8.
- Kao, Y. e Liu, Y.(2011). Suicidal Behavior and Insight into Illness Among Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders . *Psychiatr Q* .
- Lavado, A. (2008). *Relações de Vinculação em Crianças com Dermatite Atópica*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lee, B., Huang, S., Hsu, W. e Chiu, N. (2012). Clinical features of delirious mania: a series of five cases and a brief literature review. *BMC Psychiatry*. 65, (12), 1-9.
- Lins, S. L. (2007). Psicose-Diagnóstico, Conceitos e Reforma Psiquiátrica. *Mental*. V, (8), 39-52.
- Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. I, (33), 28-33.
- Martin, B., Giersch, A., Huron, C. e Wassenhove, V. (2013). Temporal eventstructureandtiminginschizophrenia :Preserved binding in a longer“now”. *Neuropsychologia*. 51, 358–371.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. d. Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental. In V. d. Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2005). Corpo e Motricidade na Construção da Identidade.In, David Rodrigues (Ed.). O Corpo que Desconhecemos. 219-247. Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Martins, R e Melo, M. (2014). Intervenção Psicomotora em Saúde Mental de Adultos - Ficha de Caracterização Clínica. (edição não publicada).

- Martins, R., Simões, C. e Brandão, T. (2012-2013). Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Marvel, C., Schwartz, B. e Rosse, R. (2004). A quantitative measure of postural sway deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 68, 363– 372.
- McCreddie, R., Srinivasan, T., Padmavati, R. e Thara, R. (2005). Extrapiramidal symptoms in unmedicated schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 39, 261–266.
- Miklowitz, D. e Johnson, S. (2006). The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2, 1-31.
- Millan, M., Fone, K., Steckler, T. e Horan, W. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*. 24, 645–692.
- Morrens, M., Hulstijn, W., Matton, C., Madani, Y., Bouwel, L., Peuskens, J., Sabbe, B. (2008). Delineating psychomotor slowing from reduced processing speed in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 13, (6), 457-471.
- Morrens, M., Hulstijn, W., Lewi, P. e Sabbe, B. (2008). Bleuler revisited: Psychomotor slowing in schizophrenia as part of a catatonic symptom cluster. *Psychiatry Research*. 161, 121–125.
- Morrens, M., Hulstijn, W. e Sabbe, B. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 33, (4), 1038–1053.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e Relaxação na Equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*. 4, 103-111.
- Picard, H., Amado, I., Mouchet-Mages, S., Olie, J. e Krebs, M. (2008). The Role of the Cerebellum in Schizophrenia: an Update of Clinical, Cognitive, and Functional Evidences. *Schizophrenia Bulletin*. 34, (1), 155–172.
- Pimenta, F. (2002). *Desenvolvimento de um programa de actividade física e sua influencia na aptidão física dos idosos*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Pio Abreu, J. L. (2011). *Como tornar-se um doente mental?* (20ª ed.) Alfragide: Publicações D. Quixote.
- Pio Abreu, J. L. (2006). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Postmes, L., Snob, H., Goedhart, S., Stel, J., Heeringd, H. e Haand, L. (2014). Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophrenia Research*. 152, 41–50.
- Priebe, S. e Rohricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*. 101, 289-301.
- Probst, M. e Vliet, P. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a doentes psiquiátricos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*. 6, 15-33.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*. 2, 105-113.
- Rao, K., Sudarshan, C. e Begum, S. (2008). Self-injurious behavior: A clinical appraisal. *Indian Journal of Psychiatry*. 50, (4), 288–297.

- Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Kissling, W. et al. (2012). Second-Generation Antipsychotic Drugs and Extrapyramidal Side Effects: A Systematic Review and Meta-analysis of Head-to-Head Comparisons. *Schizophrenia Bulletin*. 38, (1), 167–177.
- Sass, L. e Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*. 29, (3).
- Selby, E., Anestis, M., Bender, T. e Joiner, T. (2009). An Exploration of the Emotional Cascade Model in Borderline Personality Disorder. *Abnorm Psychol*. 118, (2), 375–387.
- Sewell, R., Perry Jr., E., Karper, L., Bell, M., Lysaker, P., Goulet, J. et al. (2010). Clinical significance of neurological soft signs in schizophrenia: Factor analysis of the Neurological Evaluation Scale. *Schizophrenia Research*. 124, 1–12.
- Sietsma, L. (2005). Do desporto à Terapia Psicomotora na Psiquiatria. *A Psicomotricidade*. 6, 7-14.
- Talpin, J.-M. (2002). Corps et vieillissement. In N. Dumet e G. Broyer (Ed), *Cliniques du corps* (pp. 135-144). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Tavares, G. (2007). *Breves Notas sobre o medo*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Tavares, H., Ferreira, P. e Fonseca, H. (2010). Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41, (1), 33-37.
- Walker, E. e Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*. III, (1), 30-37.
- Weisholtz, D., Epstein, J., Stern, E. e Silbersweig, D. (2010). Hallucinations.
- Zanarini, M., Laudate, C., Frankenburg, F., Reich, B. e Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of Self-mutilation in Patients with Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-up Study. *J Psychiatr Res*. 45, (6), 823–828.

## VI. ANEXOS

Devido à sua extensão os anexos encontram-se em suporte digital.

Anexo A: Calendarização das atividades de estágio

Anexo B: Ficha de caracterização clínica

Anexo C: Protocolo Bateria Alffe

Anexo D: Esquema de tensões

Anexo E: Avaliações caso Ri.

Anexo F: Planeamentos de sessão caso Ri.

Anexo G: Relatórios de sessão caso Ri.

Anexo H: Avaliações caso Ta.

Anexo I: Planeamentos de sessão do caso Ta.

Anexo J: Relatórios de sessão do caso Ta.

Anexo K: Avaliações caso Pal.

Anexo L: Planeamentos de sessão do caso Pal.

Anexo M: Relatórios de sessão do caso Pal.

Anexo N: Avaliações caso Al.

Anexo O: Planeamentos de sessão do caso Al.

Anexo P: Relatórios de sessão Al.

Anexo Q: Ficha de avaliação de sessão do grupo psicomotricidade

Anexo R: Ficha de avaliação da última sessão do grupo psicomotricidade

Anexo S: Planeamentos de sessão do grupo psicomotricidade

Anexo T: Relatórios de sessão do grupo psicomotricidade

Anexo U: Ficha informativa sobre técnicas de respiração

Anexo V: Planeamentos de sessão do grupo E

Anexo W: Relatórios de sessão do grupo E

Anexo X: Fichas de registo da BPM

Anexo Y: Versão inglesa do SCL-90-R

Anexo Z: Planeamentos de sessão do caso Na.

Anexo A1: Relatórios de sessão do caso Na.

Anexo B1: Versão provisória do artigo *As Alterações Psicomotoras na Esquizofrenia*

Anexo C1: Apresentação na sessão clínica

Anexo D1: Apresentação para a equipa do Hospital de Dia

Anexo E1: Apresentação nas Maratonas da Psicomotricidade

Anexo F1: Proposta de estágio profissional