



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## Intervenção Psicomotora em Saúde Mental em Contexto Hospitalar – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

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

**Orientador:** Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

**Júri:**

**Presidente:**

Professora Doutora Ana Isabel Nascimento Rodrigues de Melo

**Vogais:**

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Doutora Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Rui Pedro Dias Botelho

2016

*“Os analfabetos do século 21 não serão aqueles que não sabem ler e escrever, mas aqueles que não sabem aprender, desaprender e reaprender.”*  
*(Alvin Toffler)*

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigado Professor Rui Martins pela ajuda e colaboração dada ao longo da orientação, pelo esclarecimento de dúvidas e pela ajuda ao longo deste ano letivo.

Obrigado Dr. Justino Gonçalves e a todos os profissionais do Centro Hospitalar, EPE pela disponibilidade, pela simpatia, transmissão de conhecimentos e pelo reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido.

Obrigado Bárbara Correia pela ajuda, escuta, por todo o amor, carinho e força transmitida, ao longo de todo o meu percurso académico.

Obrigado à minha família! Aos meus pais, por todo o esforço financeiro, pelas palavras, pelo apoio, pela preocupação, ensinamentos que me transmitiram para a vida.

A todos os que me acompanharam neste percurso, um muito obrigado por toda ajuda.



## Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. O estágio profissionalizante desenvolveu-se em 3 áreas, o Internamento de Agudos, a Psiquiatria e a Psiquiatria da Infância e Adolescência existindo avaliações psicomotoras, bem como intervenções com crianças, adolescentes e adultos, na área da saúde mental. O relatório expõe dois estudos-caso, demonstrando o trabalho desenvolvido, somando um enquadramento teórico, legal e institucional atual, bem como uma reflexão acerca da experiência de estágio. O primeiro estudo-caso remete para uma utente com Doença de Coreia de Huntington e o segundo estudo-caso refere-se a uma criança com atraso global do desenvolvimento psicomotor. Para cada estudo-caso é descrito todo o processo de avaliação, objetivos, programa terapêutico, resultados e conclusões. Da mencionada intervenção foi possível verificar melhorias, tanto a nível psicomotor, como cognitivo e sócio-emocional, demonstrando a importância da terapia psicomotora no contexto de saúde mental. As intervenções delineadas são elaboradas em equipa multidisciplinar para uma melhor compreensão do indivíduo. No final é realizada uma crítica a todos os níveis.

**Palavras-chave:** Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Estudo-caso, Terapia Psicomotora, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Psiquiatria, Internamento de agudos, Perturbação, Saúde Mental.

## Abstract

The present report describes the work carried out during the internship in the context of the Psychomotor Therapy's Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of Faculdade de Motricidade Humana, developed at the Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. The work experience was developed in 3 distinct fields: the Psychiatric in-patient setting, the Adult Psychiatry out-patient setting and Child and Adolescent Psychiatry. In these contexts, various Psychomotor assessments and interventions with children, adolescents and adults were undertaken. The report presents two case studies, demonstrating the theoretical framework that led to practical interventions as well as the current legal and institutional process that leads to a referral to the Psychomotor Therapist. The first case study refers to a patient with Huntington's Disease Korea and the second refers to a child with global developmental psychomotor delayed. For each case study a thorough description of the evaluation process, objectives, therapeutic program, results and conclusions is given. Of these interventions, it was possible to understand relevant improvements, at both a cognitive and social-emotional psychomotor level, highlighting the importance of psychomotor therapy in the mental health context. The interventions outlined are designed in multi-disciplinary team to a better understanding of the individual. A final overall critical observation was undertaken at all levels.

**Keywords:** Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Psychomotor Therapy case study, Adult Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry, psychopathology, Mental Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**BPM** – Bateria Psicomotora

**C.H.** – Doença da Coreia de Huntington

**CHTMAD, EPE** – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

**CNSM** – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**SPIA** – Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

**PA** - Perturbações de Ansiedade

**PD** – Perturbação Depressiva

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

**PM** - Psicomotricidade

**RACP** – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

**SOE** – Sem Outra Especificação

**TPM** - Terapia Psicomotora

**WHO** - World Health Organization



# Índice

Índice de Tabelas .....	xi
Índice de Gráficos .....	xii
Índice de Anexos.....	xii
I. Introdução .....	1
II. Enquadramento Teórico .....	3
1. Enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal.....	3
1.1 Saúde Mental na Infância e na Adolescência .....	4
1.1.1 Psicomotricidade e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.....	5
1.2 Saúde Mental no Adulto .....	6
1.2.1 Psicomotricidade e Psiquiatria do Adulto .....	6
1.3. Enquadramento legal da prática profissional dos psicomotricistas .....	9
2. Enquadramento Institucional .....	10
2.1 Caracterização do serviço de Psiquiatria.....	10
2.2 Caracterização do serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.....	11
3. Problemáticas relativas aos casos acompanhados .....	12
3.1 Perturbações da Infância e da Adolescência.....	12
3.1.1 Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.....	12
3.1.2 Perturbação do Espectro do Autismo .....	14
3.1.2 Atraso global do desenvolvimento .....	15
3.2 Perturbações do Adulto .....	16
3.2.1 Doença Coreia de Huntington.....	16
3.2.2 Perturbação Psicótica – Esquizofrenia .....	18
3.2.3 Ansiedade .....	20
3.2.4 Perturbação da Personalidade .....	22
III. Realização da Prática Profissional .....	25
1. Organização das atividades de estágio .....	26
1.1 Internamento de Agudos .....	26
1.2 Psiquiatria da Infância e da Adolescência .....	29
1.3 Psiquiatria. ....	32
2. O processo terapêutico .....	34
2.1 Critérios de Encaminhamento .....	34
2.2. Avaliação Clínica .....	35

2.2.1 Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca - 2007.....	36
2.2.2 Mini-Mental State Examination (MMSE) – Folstein et al, 1975.....	38
2.2.3 Índice de Barthel – Mahoney e Barthel, 1965 .....	38
2.2.4 Escala de Depressão de Cornell na demência – Alexopoulos, Abrams RC, Young RC e Shamolau CA, 1988 .....	39
3. A intervenção .....	40
3.1. Sessões Tipo.....	40
3.2 Estratégias.. .....	40
4. A intervenção Psicomotora no CHTMAD, EPE .....	41
4.1 Intervenção psicomotora individual.....	41
4.1.1 Psiquiatria.....	42
4.1.1 Psiquiatria da Infância e da Adolescência .....	42
4.2 Intervenção psicomotora em grupo .....	50
4.2.1. Grupo da Terapia Psicomotora.....	50
5. Estudo de Caso I M. ....	52
5.1. Caracterização anamnésica .....	52
5.2. Projeto Terapêutico .....	53
a) Caracterização Multidisciplinar: Psiquiatria e Neurologia.....	53
b) Instrumentos e condições de avaliação.....	54
c) Avaliação Inicial .....	55
d) Perfil Intra-individual.....	59
e) Objetivos gerais e específicos .....	59
f) Programa Terapêutico.....	60
g) Resultados .....	63
h) Discussão dos resultados e conclusões .....	68
6. Estudo de caso II J. ....	69
6.1. Caracterização anamnésica .....	69
6.2. Projeto Terapêutico .....	70
a) Caracterização Terapêutica .....	70
b) Avaliação Inicial .....	70
c) Perfil Intra-individual.....	74
d) Objetivos gerais e específicos .....	75
e) Programa Terapêutico.....	76
f) Resultados .....	78

g) Discussão dos resultados e conclusões .....	81
8. Atividades complementares.....	83
8.1. Reuniões do Núcleo de Estágio.....	83
8.2. Reuniões de equipa do CHTMAD, EPE.....	83
8.3. Iniciativas de Formação Adicional .....	84
IV. Dificuldades e perspetivas para o futuro.....	85
V. Conclusão.....	87
VI. Referências Bibliográficas .....	91
Anexos.....	xii

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário semanal dos contextos de intervenção .....	25
Tabela 2 - Cronograma de planificação do estágio curricular no Internamento de Agudos .....	27
Tabela 3 - Horário de contacto institucional no Internamento de Agudos .....	27
Tabela 4 - Total de sessões psicomotoras realizadas no Internamento de Agudos.....	28
Tabela 5 - Cronograma de planificação do estágio curricular na Pedopsiquiatria .....	30
Tabela 6 - Horário de contacto institucional na P.I.A .....	31
Tabela 7 - Total de sessões psicomotoras realizadas na P.I.A.....	31
Tabela 8 - Cronograma de planificação do estágio curricular na Psiquiatria .....	33
Tabela 9 - Horário de contacto institucional na Psiquiatria .....	33
Tabela 10 - Total de sessões psicomotoras realizadas na Psiquiatria .....	34
Tabela 11 - Pontuações de limiar diagnóstico da MMSE.....	38
Tabela 12 - Resumo das Intervenções individuais.....	42
Tabela 13 - Objetivos de intervenção caso D. ....	44
Tabela 14 - Efeitos da intervenção psicomotora caso D. ....	44
Tabela 15 - Objetivos de intervenção caso J. ....	46
Tabela 16 - Efeitos da intervenção psicomotora caso J.....	46
Tabela 17 - Objetivos de intervenção caso B. ....	47
Tabela 18 - Efeitos da intervenção psicomotora caso B. ....	48
Tabela 19 - Objetivos de Intervenção caso D. ....	49
Tabela 20 - Efeitos da intervenção psicomotora caso D. ....	50
Tabela 21 - Caracterização do grupo de intervenção .....	51
Tabela 22 - Objetivos gerais e específicos de intervenção no grupo da Terapia Psicomotora .....	51
Tabela 23 - Perfil Intra-individual .....	59
Tabela 24 - Objetivos gerais e específicos .....	60
Tabela 25 - Objetivos desenvolvidos ao longo das sessões.....	61

Tabela 26 - Perfil Intra-individual .....	75
Tabela 27 - Objetivos gerais e específicos da intervenção .....	76

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Frequência de utentes por sessão .....	28
Gráfico 2 - Avaliação Inicial BPM .....	55
Gráfico 3 - Avaliação Inicial MMSE.....	57
Gráfico 4 - Avaliação Inicial Índice de Barthel.....	58
Gráfico 5 - Avaliação Inicial da Escala de Cornell para Depressão na Demência.....	58
Gráfico 6 - Avaliação Final BPM.....	63
Gráfico 7 - Avaliação Final MMSE .....	66
Gráfico 8 - Avaliação Final Índice de Barthel .....	67
Gráfico 9 - Avaliação Final da Escala de Cornell para a Depressão na Demência .....	67
Gráfico 10 - Avaliação Inicial BPM .....	71
Gráfico 11 - Avaliação Final BPM.....	78

## Índice de Anexos

a) Estudo de Caso I M.....	xii
A1) Exemplo de um plano de sessão do caso M.....	xii
A2) Exemplo de um relatório de sessão do caso M.....	xvi
b) Estudo de Caso II J.....	xvii
B1) Exemplo de um plano de sessão do caso J.....	xvii
B2) Exemplo de um relatório de sessão do caso J.....	xx
c) Acompanhamentos .....	xxii
C1) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento I.....	xxii
C2) Exemplo do Relatório n.º6 .....	xxv
d2) Acompanhamento II .....	xxvii
D2) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento II.....	xxvii
D2) Exemplo de um relatório de sessão n.º2.....	xxx
e3) Acompanhamento III .....	xxxii
E3) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento III .....	xxxii
E2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5.....	xxxv
f4) Acompanhamento IV.....	xxxvi
F1) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento IV.....	xxxvi

F2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5 .....	xxxix
d) Sessões no Internamento de Agudos.....	xl
D1) Exemplo de um plano de Sessão Internamento de Agudos.....	xl
D2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5.....	xliv
e) Consulta Externa de Esquizofrenia .....	xlvi
E1) Exemplo de um plano de Sessão Consulta Externa de Esquizofrenia .....	xlvi
E2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5 .....	l



## I. Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito do Ramo de Aprofundamentos de Competências Profissionais (RACP) inserido no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Este mesmo estágio decorreu entre o ano letivo de 2015/2016 no contexto de intervenção em Saúde Mental.

Segundo Martins, Simões e Brandão (2015) os objetivos do RACP vão ao encontro de:

a) 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;

b) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;

c) 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

É fulcral também indicar os objetivos específicos do RACP, uma vez que estes facultam uma aprendizagem e treino que vão de encontro à prática da atividade profissional e também simplificar a inserção do estudante no mercado de trabalho, através de uma melhoria nas suas competências tais como, a intervenção psicomotora (relacionar os conhecimentos adquiridos com a prática profissional ao nível do processo de intervenção), a relação com outros profissionais (a comunicação e a capacidade de partilhar saberes com a equipa de intervenção multidisciplinar) e a relação com a comunidade (relacionar os diversos intervenientes como a pessoa, a família e os técnicos) (Martins, Simões e Brandão, 2015).

O estágio curricular teve lugar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental Infantil e da Adolescência (P.I.A) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD, EPE). O Serviço de Psiquiatria tem como função assegurar a

prevenção, promoção e tratamento das doenças mentais e simultaneamente auxiliando o doente na sua reabilitação e reinserção social.

As suas áreas de intervenção são no Internamento de Agudos, Psiquiatria Forense, Psiquiatria de Ligação, Hospital de Dia, Consulta Externa e Urgência. O Serviço de PIA tem como missão a prestação de cuidados médicos e psicológicos, na área da psiquiatria e da saúde mental, até aos 17 anos e 364 dias de idade, de forma integrada e articulada com a comunidade. Este estágio foi autoproposto solicitado pelo aluno, coordenado academicamente pelo Professor Doutor Rui Martins e localmente pelo Dr. Justino Gonçalves.

No que toca à organização do relatório, este é composto em seis partes, ou seja, introdução, enquadramento teórico, enquadramento da prática profissional, conclusão, bibliografia e anexos. Para o enquadramento teórico o aluno realizou uma pesquisa de artigos em diversos motores de busca, tais como, Pubmed, B-on e Science Direct. No 1º capítulo irá ser desenvolvido a contextualização de conceitos importantes para a compreensão das atividades desencadeadas no estágio, indo de encontro à ligação entre Psicomotricidade e Saúde Mental, a Consciência do Eu e do corpo e a descrição de Psicopatologias que tinham maior incidência na população do CHTMAD, EPE. É também descrito o local de estágio no CHTMAD, EPE e a prática profissional do Psicomotricista. Por fim, em cada psicopatologia é descrita a sintomatologia, bem como as manifestações corporais que podem ocorrer, de forma mais perceptível e a importância da intervenção psicomotora nesta população.

No capítulo seguinte, enquadramento das atividades profissionais, está descrito como a planificação e a intervenção foram delineadas. Para melhor compreensão estão descritos os horários das atividades, os instrumentos de avaliação, o tipo de sessão e as intervenções em grupo e individuais. São descritos 2 estudos de caso mais pormenorizados, 1 caso de estudo no Serviço de Psiquiatria e 1 caso de estudo do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de modo a que exista uma perceção melhorada e do entendimento da construção dos processos terapêuticos. No final, surgem as dificuldades e as limitações sentidas ao longo do estágio e as atividades complementares realizadas.

O capítulo quatro é realizado a conclusão na qual é realizada uma reflexão e análise crítica do estágio. De seguida, aparece a bibliografia de acordo com as regras APA, e por fim os Anexos.

## II. Enquadramento Teórico

O presente capítulo explora o enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal, tanto no campo infantil, adolescente e adulto. É referido também os princípios que orientam a organização do sistema da saúde mental (avaliação e intervenção).

### 1. Enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98, em conjunto com o Decreto-Lei nº35/99 estabeleceram um novo regime de organização da Saúde Mental, através da articulação funcional com as áreas da educação, emprego e ação social, seguindo os princípios recomendados pelos organismos internacionais na área da Saúde Mental.

Segundo a Lei de Saúde Mental, os cuidados de psiquiatria e saúde mental são concedidos pelo Serviço Nacional de Saúde ou, sob fiscalização do Estado, por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos e de acordo com os princípios gerais legalmente estabelecidos. No que concerne ao local de estágio, a sua forma de prestação de cuidados vai de encontro aos princípios orientadores de saúde mental, os quais visam a integração dos cuidados na comunidade, ou seja, no meio o menos restritivo possível (Lei nº 36/98).

Em 2006, os valores estatísticos elevados no que toca a perturbações mentais levou à criação da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo plano nacional de saúde mental, publicado através do Despacho n.º 10464/2008. Dois anos mais tarde, após debate público, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, tendo sido criada uma Coordenação Nacional para a Saúde Mental, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação. Em 2010 foi aprovado o Decreto-lei n.º 8/2010 que diz respeito aos Cuidados Integrados de Saúde Mental. Atualmente, a lei de saúde mental atual diz respeito ao Decreto-Lei nº304/2009, o qual incorpora o Decreto-Lei nº35/99, as alterações decorrentes da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e as alterações relacionadas com a organização do Ministério da Saúde. O mesmo decreto salienta que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais e de reabilitação (Decreto-Lei nº304/2009).

Desta forma se pretende, legalmente, a integração de psicomotricistas nas equipas de saúde mental, tal como descrito no Plano Nacional de Saúde Mental (CNSM, 2008).

## 1.1 Saúde Mental na Infância e na Adolescência

Tanto crianças como jovens adolescentes fazem parte de um grupo prioritário sendo necessário uma maior disponibilidade por parte das equipas terapêuticas (DGS, 2013). Não se pode ignorar que mesmo sendo utentes com idade inferior a 18 anos, devem ser reconhecidos com cidadãos com direitos e deveres, sendo assim tratados como tal (CNSM & ACSS, 2012). Segundo a DGS (2013) a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento nestas faixas etárias situa-se entre 10 a 20%, apresentando um ou mais problemas de saúde mental.

Através de estudos realizados ao longo dos anos, na área de saúde mental da infância e da adolescência, indica que muitas das psicopatologias iniciam-se antes dos 18 anos de idade (DGS, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde refere que mesmo não sejam preenchidos os critérios de diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica, devem beneficiar de intervenções apropriadas (WHO, 2013).

Segundo a WHO (2013) existem três razões para a delineação de intervenções eficazes para crianças e adolescentes: (1) as perturbações psiquiátricas desta faixa etária trazem grandes encargos financeiros à sociedade. Com programas e intervenções direcionadas para as perturbações numa fase precoce na qual existe a maior probabilidade da sua ocorrência, o seu impacto negativo diminui; (2) tendo em conta que existe um seguimento de perturbações psiquiátricas desde a infância à idade adulta a intervenção o mais cedo possível pode prevenir ou reduzir a probabilidade de dificuldades a longo prazo; (3) as intervenções eficazes ajudam a reduzir o custo das perturbações de saúde mental para o indivíduo e para a sua família, diminuindo também os custos para os sistemas de saúde e para as comunidades. Assim, o diagnóstico, bem como a construção oportuna de estratégias preventivas e terapêuticas, devem ser uma prioridade para a saúde (DGS, 2013).

Desta forma, a saúde mental da infância e da adolescência insere-se no contexto mais ampliado da saúde e bem-estar, em que a saúde mental e física estão fortemente correlacionadas (DGS, 2004). Nesta linha de pensamento, a psiquiatria da infância e da adolescência é uma especialidade médica que presta cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental à população de idade pediátrica (CNSM & ACSS, 2012). O seu campo de intervenção compreende um espectro diferenciado de atividades que englobam (WHO, 2013): ações de promoção e prevenção universal e seletiva, com a intenção de reduzir fatores de risco ou vulnerabilidade e aumentar os fatores de proteção; estratégias de prevenção e intervenção precoces; avaliação diagnóstica e tratamento; e

programas de cuidados continuados e reabilitação psicossocial. Os princípios orientadores da saúde mental da infância e adolescência são administrados pela Circular Normativa nº6/DSPSM da Direção Geral de Saúde (DGS, 2005). Os serviços de psiquiatria infantil e da adolescência baseiam-se nas seguintes normas: (1) atendem a população dos zero aos 17 anos e 364 dias da área de residência hospitalar, em concordância com as redes hospitalares existentes; (2) devem assegurar o acesso e a igualdade entre todas as crianças e adolescentes menores de 18 anos com problemas de saúde mental; (3) os cuidados de saúde são concedidos por departamentos, serviços ou unidades especializadas, através de equipas multidisciplinares, sendo estas integrados por médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, terapeutas da fala e terapeutas para valências específicas (CNSM & ACSS, 2012).

### 1.1.1 Psicomotricidade e Psiquiatria da Infância e da Adolescência

A terapia psicomotora no contexto de Psiquiatria da Infância e da Adolescência tem por base a compreensão e a resolução de problemas, na ligação entre o corpo e a mente (Selmi, 2011). Segundo Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) indicam como questões a compreensão das dificuldades da criança, os conflitos internos e a resolução do desenvolvimento harmonioso.

Segundo a APP (s/d) a psicomotricidade integram uma equipa multidisciplinar que pretendem avaliar e/ou observar o desenvolvimento tendo em conta o contexto social, familiar e escolar. A intervenção sistémica deve ser sempre que possível existente, podendo integrar clinicas privadas ou contextos hospitalares, em consulta externa, internato ou hospital de dia. No mesmo seguimento a APP (s/d) define que devem ser encaminhados casos que preencham os critérios de psicopatologia, i.e., perturbações de vinculação, perturbações do comportamento, perturbações de ansiedade, do humor, perturbações psicossomáticas, entre outras.

A APP (s/d) define como campo de atuação problemáticos ao nível do desenvolvimento psicomotor, regulação tónica, esquema e imagem corporal, autorregulação comportamental, processos de atenção, autoimagem e autoestima, gestão de emoções e comunicação verbal e não-verbal. É uma terapia de mediação corporal, permitindo à criança uma vivência simbólica encontrando solução para os seus conflitos.

O jogo é utilizado como um espaço de relação, permitindo o confronto externo com dificuldades de elaboração interna, permitindo a reflexão a partir da ação (APP, s/d).

A terapia psicomotora potencia os meios da percepção, promovendo novas oportunidades de exploração de sensações, criando informação através do corpo e do movimento.

## 1.2 Saúde Mental no Adulto

Os serviços de saúde mental no Adulto seguem um modelo de referência comunitária, devendo prestar serviços assistenciais e articulando-se com os Centros de Saúde e os demais serviços e estabelecimentos de saúde, sendo dirigido pelo departamento do centro hospitalar (DGS, 2013).

Segundo a DGS (2013) a diferenciação dos diversos serviços de saúde mental prende-se à atividade prestada por equipas multidisciplinares, distribuídas por cada setor demográfico, correspondendo a cerca de 80 000 habitantes. O ambulatório deve, sempre que exista possibilidade, nos Centros de Saúde em conjugação com os profissionais de medicina geral e familiar. Sendo, o internamento de doentes agudos uma resposta em situações urgentes no quotidiano, decorrendo na maioria das vezes em Centros Hospitalares. Todo o serviço prestado deve ser de forma individualizada, com técnicos especializados, criando uma ligação entre psicofarmacologia e a intervenção terapêutica (DGS, 2013).

A articulação entre os serviços locais de saúde mental e os cuidados de saúde primários é o mais apropriado e o mais benéfico para o utente (DGS, 2013).

### 1.2.1 Psicomotricidade e Psiquiatria do Adulto

A Psicomotricidade, como forma de intervenção sistémica, é por si só, um recurso fundamental para responder a muitas situações onde a adaptação está comprometida e onde existe a necessidade de uma compreensão interligada do funcionamento do sujeito nos seus vários domínios comportamentais (motor, afetivo, cognitivo, simbólico, psicolinguístico e social). Assim, a Terapia Psicomotora considera as potencialidades motoras emocionais e mentais de um indivíduo estando em constante interação e integração, sendo o corpo a manifestação de todo o ser. A Psicomotricidade permite então associar, dinamicamente, o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos

símbolos, através do movimento inteligente e psiquicamente elaborado e controlado (Fonseca, 2001).

A Intervenção Psicomotora utiliza a atividade motora e o exercício da consciência corporal, de uma forma sistemática como meio de ação, que utiliza um conjunto de técnicas psicomotoras expressivas e de relaxação, numa base de intervenção suscetível de mudança e adaptação às características de cada indivíduo. A atividade física em todos os seus aspetos é a principal característica desta abordagem terapêutica, que pode situar-se entre a atividade física e a terapia psicológica. Esta terapia pode ser integrada em diferentes abordagens psicológicas, sendo utilizada essencialmente como um complemento e apoio ao tratamento psiquiátrico (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Posto isto, a intervenção terapêutica divide-se em três fases, sendo a primeira relacionada com a avaliação. Esta tem por base observações iniciais e posteriores, essenciais para a elaboração do plano terapêutico. Nesta fase são avaliados aspetos como a tonicidade/rigidez corporal, paratonias, sincinesias, discurso verbal, controlo do olhar, expressão facial, consciência e imagem corporal e escalas de caracterização adequadas do perfil psicopatológico e sintomatologia somática. A segunda fase estabelece o plano terapêutico, no qual se definem os objetivos gerais e específicos, bem como algumas estratégias e formas para intervir. A intervenção psicomotora deve ter em conta as características de cada cliente, não esquecendo a adequação dos objetivos e do plano habilitativo a essas características (Maximiano, 2004).

Para Probst, Knapen, Poot & Vancampfort (2010), dependendo da necessidade do indivíduo, a intervenção pode realizar-se segundo duas vertentes, para a ação ou para a experiência.

Na Intervenção Psicomotora orientada para a ação, trabalha-se essencialmente sobre o desenvolvimento da proficiência física e mental e no apoio ao desenvolvimento pessoal. As atividades são destinadas à aprendizagem, desenvolvimento, treino e/ou prática psicomotora, sensoriomotora, proficiências percetivas, cognitivas, sociais e emocionais. O foco desta intervenção são as habilidades motoras, coordenação óculo-manual, equilíbrio, coordenação espaço-temporal, perceção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, a supressão de passividade, alteração de comportamento, melhorando a atenção para com os outros, as proficiências sociais, aprender a colaborar, aprender a lidar com os sentimentos e emoções, aprender a aceitar responsabilidades e tornar-se capaz de se colocar no lugar do outro. Outras competências elementares, como aprender a relaxar, adquirir uma boa condição física, e adquirir regras

básicas de comunicação também estão incluídas. Nesta intervenção, os clientes são capazes de adquirir uma maior capacidade de percepção, através da prática de exercício físico. Este tem benefícios ao nível do bem-estar físico e mental, autoestima, humor e funcionamento executivo. Atualmente, a abordagem relativa a indivíduos com esquizofrenia é essencialmente focada numa intervenção orientada para a ação (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

A Intervenção Psicomotora orientada para a experiência é uma abordagem diferente, em que através da participação ativa em uma ampla variedade de atividades físicas e de movimento, os indivíduos experimentam uma série de emoções (sentimentos depressivos, medo, culpa, raiva, stress, inquietação, estranheza, insatisfação) e pensamentos negativos (intrusão, obsessão, preocupações mórbidas, preocupações). Desta forma, são confrontados com os seus comportamentos face a esses sentimentos (impulsos, falta de habilidade), assim como sintomas cognitivos (perda de noção da realidade, falta de concentração). Deste modo, o indivíduo experimenta, de uma outra forma, o que pode existir e o que poderá desencadear novas emoções e experiências, surgindo assim uma discrepância entre a realidade e a forma como o indivíduo a vê (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

O que é importante é a experiência do indivíduo e a sua percepção interior. A orientação e o encorajamento por parte do terapeuta possibilitam ao cliente a oportunidade de experienciar diversos sentimentos num ambiente seguro, permitindo ao indivíduo desenvolver um comportamento que não teria desenvolvido de outra forma. Assim, o cliente compartilha os seus sentimentos e pensamentos com o terapeuta e com os seus pares. A Intervenção Psicomotora orientada para a experiência oferece, deste modo, uma abordagem mais reflexiva do que a Intervenção Psicomotora orientada para a ação, dando uma maior importância às experiências e à forma como o cliente reage a essas experiências (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Segundo Maximiano (2004), as técnicas utilizadas ao longo da Intervenção Psicomotora estão estritamente relacionadas com as características do indivíduo, não sendo utilizadas de forma rígida, i.e. o objetivo nesta intervenção não é utilizar uma técnica única em tempo indeterminado, mas sim utilizar diversas técnicas, que vão de encontro aos objetivos terapêuticos definidos, e.g. as terapias expressivas.

De acordo com Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), a intervenção psicomotora tem condições de providenciar uma estrutura propícia ao alcance dos objetivos terapêuticos individualizados. São utilizadas diferentes estratégias de mudança de comportamento com o intuito de melhorar as motivações dos clientes e a sua adesão a

longo prazo nas atividades, consoante as componentes emocionais, cognitivas e fisiológicas da doença mental. Essas estratégias incluem: a promoção de experiências de sucesso normal, através da criação de metas realistas e individualizadas, por meio de experiências de mestria; a prestação de dinamismo de grupo como um meio para desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas, através de experiências de sucesso indiretas; e uma atitude terapêutica positiva e acolhedora, que permita ao paciente colocar em palavras as suas experiências e sentimentos no final de cada sessão de terapia. Uma vez que o principal objetivo não é o aumento da aptidão física, mas sim uma melhoria no autoconceito, é neste ponto que o terapeuta se deve focar.

### 1.3. Enquadramento legal da prática profissional dos psicomotricistas

Conforme 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 de regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses e de 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.

## 2. Enquadramento Institucional

### 2.1 Caracterização do serviço de Psiquiatria

O serviço de Psiquiatria integra um dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. O Serviço tem como função assegurar a prevenção, promoção e tratamento das doenças mentais e simultaneamente auxiliando o doente na sua reabilitação e reinserção social.

As suas áreas de intervenção são no Internamento de Agudos, Psiquiatria Forense, Psiquiatria de Ligação, Hospital de Dia, Consulta Externa e Urgência.

Este departamento é constituído por um grupo de profissionais de saúde que está presente não só na Unidade de Vila Real, mas também na Unidade de Chaves e Lamego. O CHTMAD, EPE presta serviços a todas as freguesias da região de Trás-os-Montes e Alto Douro. A metodologia desenvolvida pelo CHTMAD, EPE tem por base o acompanhamento multidisciplinar integrado que visa a promoção da saúde mental até à reabilitação do utente, tendo em conta os aspetos psicossociais e relacionais de adultos desde os 18 anos e 0 dias. No que toca ao agendamento das consultas, pode iniciar-se através do Serviço de Internamento de Agudos que realiza o pedido, bem como pela urgência, prestadores de cuidados e médico de família devendo ser pedido através de forma escrita recebida pela administrativa do serviço.

A primeira consulta do serviço é realizada pelo Psiquiatra, que define a orientação terapêutica, distribuindo para os técnicos da equipa. Existem reuniões com uma periodicidade semanal para discussão dos casos acompanhados. As consultas realizadas existem desde o diagnóstico à orientação terapêutica, avaliações psicológicas, psicoterapias, apoio às famílias, terapias familiares e reeducativas, terapia psicomotora,

A equipa transdisciplinar é composta por cinco psiquiatras; três psicólogos clínicos; um assistente social e um psicomotricista estagiário.

De acrescentar à equipa anualmente 4 médicos internos e 2 estagiários de psicologia clínica. Quanto ao espaço físico, existe a partilha do edifício com o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, encontrando-se os dois serviços separadas por alas.

A ala de Psiquiatria conta com 6 gabinetes, 1 receção, e 2 casas de banho.

De referir o Internamento de Agudos que consiste num serviço em que o utente é internado durante 22 dias em média para o seu tratamento/compensação, no qual recebe um acompanhamento individualizado e constante. De referir que este serviço possui um

edifício independente, acompanhado 24h sobre 24h por enfermeiros especializados na área de saúde mental.

## 2.2 Caracterização do serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

O serviço de Psiquiatria da infância e da adolescência (P.I.A) integra um dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. O Serviço tem como missão a prestação de cuidados médicos e psicológicos, na área da psiquiatria e da saúde mental, até aos 17 anos e 364 dias de idade, de forma integrada e articulada com a comunidade. É um serviço que se articula com as unidades prestadoras de cuidados de Saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde.

Este serviço é constituído por um grupo de profissionais de saúde que está presente não só na Unidade de Vila Real, mas também na Unidade de Chaves e Lamego. A P.I.A presta serviços a todas as freguesias da região de Trás-os-Montes e Alto Douro. A metodologia desenvolvida pelo serviço tem por base o acompanhamento multidisciplinar integrado que visa a promoção da saúde mental até à reabilitação do utente, tendo em conta os aspetos psicossociais e relacionais de crianças entre os 2 e os 17 anos e 364 dias. No que toca ao agendamento das consultas, pode iniciar-se através do Serviço de Pediatria que realiza o pedido, bem como pelo pais ou prestadores de cuidados, médico de família ou professores devendo ser pedido através de forma escrita recebida pela administrativa do serviço.

A primeira consulta do serviço é realizada pelo Pedopsiquiatra, que define o a orientação terapêutica, distribuindo para os técnicos da equipa. Existem reuniões com uma periodicidade semanal para discussão dos casos acompanhados. As consultas realizadas existem desde o diagnóstico à orientação terapêutica, avaliações psicológicas, avaliações sociofamiliares, psicoterapias, apoio às famílias, terapias familiares e reeducativas, terapia psicomotora,

A equipa transdisciplinar é composta por um pedopsiquiatra; três psicólogas clínicas; um assistente social e um psicomotricista estagiário

De acrescentar à equipa anualmente 2 médicos internos e 2 estagiários de psicologia clínica. Quanto ao espaço físico, existe a partilha do edifício com serviço de

Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto, encontrando-se as duas unidades separadas por alas.

A ala de Pedopsiquiatria conta com 4 gabinetes, 1 receção, 1 ginásio, 1 copa e 2 casas de banho.

### **3. Problemáticas relativas aos casos acompanhados**

No CHTMAD, EPE, quer no Departamento de Psiquiatria, bem como na P.I.A o contacto com diferentes patologias do contexto de Saúde Mental foi diversificado. Assim, a decisão da caracterização de apenas algumas destas, prende-se às patologias que integram a descrição do relatório de estágio.

#### **3.1 Perturbações da Infância e da Adolescência**

##### **3.1.1 Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção**

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) segundo o DSM-5 (APA, 2013) é uma perturbação do neurodesenvolvimento, sendo que apresenta um padrão constante de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que intromete-se com o funcionamento e desenvolvimento da pessoa. A desatenção é expressada de forma comportamental através da dispersão nas tarefas, falta de persistência, falta de concentração e desorganização, com marcadores desafiantes. A hiperatividade consiste numa expressão motora em demasia, i.e., inquietação e agitação. A impulsividade demonstra-se em ações precipitadas que podem colocar em causa a pessoa (APA, 2013).

No DSM-5 (APA, 2013) para diagnóstico da perturbação esta deve estar presente na infância antes dos 12 anos de idade, em mais do que um contexto. Por vezes, num contexto novo para a criança ou atividades do seu interesse, como jogos eletrónicos e televisão, podem resultar em situações dos sintomas não se manifestarem como em outros contextos.

Existem características associadas que ajudam a suportar o diagnóstico, como o atraso no desenvolvimento, fraca tolerância à frustração, irritabilidade e o desempenho académico e laboral pode estar comprometido (APA, 2013). Através do DSM-5 (APA, 2013) é possível identificar fatores de risco, i.e., o temperamento (inibição comportamental, procura de algo novo, limites de ação reduzidos); ambientais (muito baixo peso, hábitos

tabágicos durante a gravidez e exposição a álcool); e genéticos (familiares em primeiro grau com PHDA).

No DSM-5 (APA, 2013), a PHDA pode ser apresentada em quatro formas: forma combinada – mais do que 6/4 sintomas em cada; forma predominantemente desatenta – mais do que 6/4 na dimensão desatenção e menos 6/4 na dimensão Hiperatividade/impulsividade; forma hiperativa/impulsiva – mais do que 6/4 sintomas na dimensão hiperatividade/impulsividade e menos na desatenção; forma desatenta restrita – mais do que 6/4 sintomas desatenção e não mais do que 2 sintomas na dimensão hiperatividade/impulsividade.

Barkley (1997) criou um modelo também explicativo das dificuldades presentes em pessoas com PHDA, dando o nome de modelo neuropsicológico híbrido das funções executivas. No seguimento do autor a dificuldade central da PHDA centra-se no défice da inibição comportamental, uma vez que afeta as funções executivas, levando a um descontrolo motor. Estes dois fatores em conjugação (funções executivas e inibição comportamental) promovem a autorregulação e o controlo motor (Barkley, 1997).

Assim, a criança com PHDA tem dificuldade de organizar as suas próprias regras e o seu comportamento. Por isso, é fundamental que na rotina das aulas o professor deixe as regras de comportamento bem claras e explícitas. A criança precisa saber com clareza o que é esperado dela e como se deve comportar (Agapitou e Andreou, 2008). A forma mais eficiente de intervir na PHDA é o trabalho em grupo, que envolve tantas abordagens individuais com a pessoa (medicação, acompanhamento psicológico, terapias específicas, técnicas pedagógicas adequadas), como estratégias para as outras pessoas que convivem com ela (terapia para os pais ou família, esclarecimento sobre o assunto para pais e professores, aceitar ensinamentos de profissionais especializados) (Agapitou e Andreou, 2008).

Para que uma criança ou jovem com PHDA tenha a possibilidade de desenvolver o seu potencial e caminhar pela vida de maneira adequada e gratificante, é necessário que as pessoas envolvidas no processo de acompanhamento mantenham estreita comunicação e forte colaboração (Barkley, 2007).

### 3.1.2 Perturbação do Espectro do Autismo

O termo “autismo” foi escrito pela primeira vez em 1911 por Eugene Bleuler, sendo descrito por Kanner em 1968 num relatório clínico de 11 crianças que apresentavam sintomas como pouco contacto com a outra pessoa, gosto e preferência em permanecer sozinho, resistência à mudança, dificuldades na linguagem (ecolalia imediata e diferida), movimentos estereotipados, fixação em determinados objetos, movimentos giratórios e boa capacidade de memorização (Balbuena, 2015). Tal descrição segundo os mesmos autores vai ao encontro do que ainda nos tempos de hoje é visível e definidos tais comportamentos como um autismo clássico.

Segundo Kanner (cit. in Kendall, 2000) foi possível de verificar uma heterogeneidade nos sintomas do autismo, bem como dificuldades diferenciadas na linguagem. No mesmo seguimento referiu que alguns dos prestadores de cuidados possuíam comportamentos parecidos aos dos filhos, i.e, fraca capacidade de relacionamento com os outros, mas um rendimento médio-alto no seu emprego.

A primeira definição com validade clínica do autismo apareceu na terceira edição do manual “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” com a nomenclatura de perturbação global do desenvolvimento, sendo uma perturbação do desenvolvimento tendo como indicadores um quadro inicial antes dos 30 meses, um défice no comportamento social e comunicativo (verbal e não-verbal), interesses restritos, movimentos repetitivos e estereotipados, rotinas repetidas, falta de empatia, ausência de imitação de comportamentos, alta sensibilidade a estímulos sensoriais e dificuldades na aprendizagem de competências e capacidades (Volkmar and McPartland 2014).

O DSM-5, atual manual em utilização, foca no autismo como sendo uma patologia de espectro (APA, 2013). Segundo o mesmo manual (APA, 2013) refere que as subcategorias existentes nos anteriores manuais desapareceram e passaram a apenas uma única categoria (Perturbação do Espectro do Autismo).

Os domínios da tríade, sendo eles a componente da comunicação, socialização e interesses restritos, deram lugar a apenas dois, comunicação e comportamentos repetitivos (APA, 2013). O domínio de comportamentos repetitivos integra os interesses restritos e as alterações sensoriais. Ao nível do diagnóstico passa a não ser necessário o aparecimento destes sintomas precoces no desenvolvimento da criança, passando a ter importância quando a questão social se sobrepõe às capacidades limitadas (Balbuena, 2015).

Nos critérios presentes do DSM-5 (APA, 2013) foram introduzidos especificadores que auxiliam para caracterizar os casos, ou seja, na presença ou não de comorbilidades,

dificuldades intelectuais desenvolvimentais, défices de linguagem e um especificador para a gravidade da perturbação.

Segundo a APA (2013) os critérios do DSM-5 para diagnóstico devem preencher os critérios 1, 2 e 3, sendo o primeiro, défices clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de todas as maneiras seguintes; segundo, défices expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social (falta de reciprocidade social; e incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento; terceiro, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades; quarto, comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns (excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento; e interesses restritos, fixos e intensos); por fim, o quinto, os sintomas devem estar presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.

### 3.1.2 Atraso global do desenvolvimento

O Atraso Global do Desenvolvimento (ADPM) é caracterizado por um comprometimento em um ou mais domínios do desenvolvimento, em crianças com idade inferior a cinco anos (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva e Fernandes, 2012).

Os atrasos identificados nas crianças podem ser globais ou em áreas específicas (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015). Segundo Wong (2011) o ADPM é constituído por um conjunto de dificuldades presentes no desenvolvimento, apresentando um quadro heterogéneo entre as crianças, tanto ao nível etiológico, como na manifestação dos mesmos. Para Srour, Mazer e Shevell (2006) o ADPM é caracterizado por um défice significativo, em diversos domínios, tais como, a motricidade global e/ou fina, na linguagem, cognição, nas competências pessoais, sociais e nas atividades da vida diária. Para Oliveira et al., (2012), estas crianças apresentam um atraso em alcançar os marcos do desenvolvimento quando comparadas com crianças da mesma idade cronológica. Para ser considerado um atraso significativo, os resultados de uma aplicação de uma escala de desenvolvimento e/ou inteligência devem situar-se dois desvios padrão abaixo da média, sendo exemplos a Schedule of Growing Skills II (SGS II) – Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil; Escala de Desenvolvimento Ruth Griffiths; Escalas de Inteligência de Wechsler; Escala de Comportamento Adaptativo Vineland

(Oliveira et al., 2012). Segundo Silva e Albuquerque, a terminologia ADPM, deve ser usado quando apenas a crianças ingressar no ensino primário, devido às dificuldades apresentadas a nível cognitivo.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), refere que um indivíduo com ADPM não é capaz de cumprir metas de desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual e não é capaz de passar por avaliações sistemáticas de funcionamento intelectual, incluindo crianças que são demasiado jovens para participar em testes padronizados. É necessário uma reavaliação após um período de tempo (APA, 2013).

Segundo Wong (2015), as crianças com ADPM, manifestam um atraso na aquisição de competências, e nem sempre esse mesmo atraso em atingir os marcos de desenvolvimento, indicam um desvio do funcionamento normal. Desta forma e segundo Walters (2010), a identificação precoce é necessária, estando atendo às etapas de desenvolvimento, tais como, a nível da motricidade global - não rebola, não arrasta, não permanece de pé, não caminha sobre uma linha; na motricidade fina - não agarra, não junta as mãos, não realiza construções, movimento de pinça deficitário; no âmbito da linguagem: discurso inexistente ou de difícil compreensão, não diz palavras, não constrói frases, não compreende; Cognição - não explora o espaço, não apresenta interesse por jogos, não categoriza, não sabe o nome próprio, não sabe contar, as cores ou qualquer letra; a nível Psicossocial - não ri, não aceita mimos, agride sem provocação, não brinca com os outros.

É de extrema importância a deteção precoce de algum atraso das competências para que a criança, seja orientada para intervenção terapêutica. O acompanhamento, este deve ser o mais próximo possível (Ferreira, 2004 e Silva & Albuquerque, 2011).

## 3.2 Perturbações do Adulto

### 3.2.1 Doença Coreia de Huntington

A Doença de Huntington (DH) é uma doença, autossómica dominante, tendo como causa uma expansão de repetições CAG no cromossoma 4, que leva a um défice cognitivo e a perturbações psiquiátricas. A probabilidade de transmissão genética é de cerca de 50% para os descendentes (Huntington, 2003). O gene da Huntingtina possui informação para uma proteína do mesmo nome, sendo que a expansão anormal provoca lesões cerebrais, mas o mecanismo da lesão ainda não é reconhecido (Wexler, 2010). A primeira vez em

que existiu um maior estudo sobre a DH, foi através de George Huntington em 1872, ao verificar uma história clínica de uma utente e dos seus familiares (Wexler, 2010).

Segundo Morrison (2010) é uma doença neurodegenerativa progressiva tendo como fatores alterações motoras, cognitivas e comportamentais, sendo transmissível em material genético entre os indivíduos afetados e as suas famílias. Os primeiros sintomas de DH manifestam-se entre os 30 e 50 anos de idade, não existindo uma cura ou terapêutica que modifique o avanço da doença (Wexler, 2010). O teste genético pode ser realizado em qualquer momento da vida da pessoa (Wexler, 2010).

Assim, a DH resulta da repetição de trinucleotídeos, citosina-adenina-guanina, devido a um comprimento em demasia dessa secção do gene (Harper, 1999). A extensão em demasia no gene explica a idade de aparecimento dos primeiros sintomas presentes da DH (Walker, 2007). Existe também uma pequena carga atribuída a fatores ambientais e a outros genes que podem também estar alterados e diretamente implicados na evolução da DH (Harper, 1999).

Na DH é possível verificar visivelmente os movimentos involuntários arrítmicos, chamada de “coreia” (Morrison, 2010). Os sintomas prematuros correspondem a mudanças de humor, cognição, alterações do movimento e uma instabilidade da marcha. Com o avanço da DH, os movimentos arrítmicos e o declínio nas capacidades cognitivas e comportamentais são visíveis (Morrison, 2010). Para Montoya, Price, Menear e Lepage (2007), os movimentos coreicos ao nível físico são os mais característicos, uma vez que, incide numa inquietação geral e numa instabilidade psicomotora. É também verificado uma rigidez muscular, postura incorreta que vai aumentando ao longo da DH.

Ao nível psicomotor, o comprometimento das ações mais básicas que necessitem de um ajustamento muscular encontra-se afetada (Montoya, Price, Menear e Lepage, 2007). No seguimento destas dificuldades, a pessoa no seu quotidiano apresenta riscos de queda, dificuldades na deglutição, causando perda de peso, na linguagem expressa e alterações do sono (Walker, 2007).

Segundo Van Duijin, Kingma e Van der Mast (2007) no que toca a capacidades cognitivas as áreas cerebrais com a evolução da DH ficam comprometidas progressivamente, como as funções executivas (planeamento motor, pensamento abstrato, início de ações e inibição de ações inapropriadas). Os mesmos autores referem défices na memória e também manifestações neuropsiquiátricas, i.e., ansiedade, depressão, irritabilidade, apatia, psicose, comportamento obsessivo-compulsivo e hipersexualidade.

Ao longo dos anos, a pesquisa nesta doença tem levado à melhor compreensão fisiopatológico, desenvolvendo terapias que desacelerem o avanço da DH (Morrison, 2010).

### 3.2.2 Perturbação Psicótica – Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação psíquica de causa indeterminada e sintomas variáveis. O termo foi utilizado pela primeira vez por Bleuler, em 1908 (Gholipour, Abolghasemi, Gholinia, & Taheri, 2012). A esquizofrenia é uma perturbação psíquica grave que se manifesta principalmente por sintomas positivos (delírios e alucinações) e sintomas negativos (falta de motivação, redução do discurso espontâneo, e isolamento social). A função cognitiva encontra-se prejudicada (dificuldades na memória, atenção e funções executivas). Esta psicopatologia tem impacto substancial na qualidade de vida, bem-estar e nas relações sociais e profissionais, tornando-se um peso socioeconómico (Cramer, Lauche, Klose, Langhorst, & Dobos, 2013).

A esquizofrenia caracteriza-se pela alterações em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor global desorganizado e sintomas negativos (APA, 2013).

O diagnóstico da Esquizofrenia, como sucede com a grande maioria das Perturbações Psicóticas e demais psicopatologias, é um diagnóstico clínico diferencial pelo que não pode ser efetuado através da análise de parâmetros fisiológicos ou bioquímicos, resultando apenas da observação das manifestações da Perturbação ao longo do tempo (Velligan, et al., 2010).

No domínio dos Delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança. O seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza). Estes dividem-se em: i) Delírios persecutórios - crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais comuns; ii) Delírios de referência - crença de que alguns gestos, comentários, estímulos ambientais, e assim por diante, são direcionados à própria pessoa; iii) Delírios de grandeza - quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama; iv) delírios erotomaníacos - o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele; v) Delírios niilistas - convicção de que ocorrerá uma grande catástrofe; vi) delírios somáticos - preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos (APA, 2013).

No que se refere às Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em perturbações relacionadas. Alucinações auditivas costumam ser vividas como vozes, familiares ou não, percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo (APA, 2013).

A Desorganização do Pensamento, segundo o DSM-5 (APA, 2013), costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo: i) este pode mudar de um tópico para outro; ii) respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma - o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva; iii) discurso levemente desorganizado - sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva.

No que toca ao Comportamento motor global desorganizado pode-se manifestar de várias formas, desde o comportamento "tolo" até à agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades quotidianas. É expresso através de um comportamento catatónico consistindo numa uma redução acentuada na reatividade ao ambiente: i) varia da resistência a instruções (negativismo); ii) manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor); iii) atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatónica); iv) movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, esgares, mutismo e eco da fala (APA, 2013).

Por fim, segundo o DSM-5 (APA, 2013) os sintomas negativos dizem respeito a défices nas funções diárias dos indivíduos, sendo os dois sintomas mais afetados a expressão emocional diminuída e avalia. Assim, os sintomas negativos são: i) Expressão emocional diminuída - reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entoação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso; ii) Avalia - uma redução em atividades motivadas, auto-iniciadas e com uma finalidade, a pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais; iii) alogia - manifestada por produção diminuída do discurso; iv) anedonia - capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido; v) falta de sociabilidade - aparente ausência de

interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais.

Relativamente à idade de aparecimento dos sintomas, muitos estudos apontam que a idade média do aparecimento do primeiro surto psicótico situa-se no início dos 20 anos para os homens e no fim da casa dos 20 anos para as mulheres (APA, 1994).

Quando ao diagnóstico, segundo o DSM-IV (APA, 1994), a esquizofrenia pertencia ao capítulo da “Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas”, para haver um diagnóstico, além dos seis meses de sintomas, era necessário que pelo menos dois sintomas (positivos ou negativos) estivessem ativos durante um mês desses seis. No entanto, com a entrada do DSM-5 (APA, 2013), a esquizofrenia passou a pertencer a um capítulo intitulado de “Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas”, relativamente aos sintomas, para haver diagnóstico, um dos dois sintomas presentes tem que ser obrigatoriamente positivo e os tipos de Esquizofrenia foram retirados uma vez que apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento.

Quanto à etiologia da Esquizofrenia esta é ainda desconhecida, no entanto, a investigação aponta as causas de natureza genética como as mais importantes, destacando-se ainda a interação entre os fatores culturais, psicológicos e biológicos (Velligan, et al.,2010).

A forma mais comum de tratamento para a esquizofrenia é a administração de fármacos neurolépticos ou anti psicóticos.

### 3.2.3 Ansiedade

As perturbações da ansiedade são estados patológicos sendo os sintomas expressos mentalmente ou fisicamente (Freeman et. al, 2016). O sintoma de ansiedade aparece devido à pessoa antecipar ameaças que possam aparecer em vários momentos. A ansiedade afeta os diferentes estados de tensão muscular e de vigilância, mas que permite em situações perigosas que surjam no futuro um feedback intrínseco anterior (APA, 2013). Segundo Robinson et al. (2016), saber lidar e/ou enfrentar determinadas situações ansiogénicas em que a pessoa é colocada traduz-se numa melhor adaptação ao meio, sendo que esta esta reação é uma antecipação a alguma ameaça e não uma resposta a um estímulo externo ameaçador.

Assim, estas perturbações podem ser colocadas em diversos grupos, tendo em conta o conjunto de características de que se encontra subjacente a cada uma dessas,

sendo que também existem aspetos comuns e em comorbilidades. Segundo a APA (2013), deve existir uma forma de distinguir, ou seja, suporta-se em situações temidas ou evitadas e o tipo de pensamentos e crenças que originam a ansiedade. A expressão da ansiedade, bem como o motivo pode variar de pessoa para pessoa, sendo que o sintoma a nível patológico seja o mesmo (Tokouka et. al, 2016). No seguimento dos mesmos autores estes referem que quanto ao nível da duração, pode ter o carácter permanente, variando de intensidade.

Para Tokouka et. al, (2016) existem uma diferenciação em duas componentes na sintomatologia das perturbações da ansiedade, ou seja, fisiológica e psicológica. De forma fisiológica a pessoa consegue descrever sensações concretas como por exemplo palpitações, suor, tremor, respiração acelerada, tensão muscular em diversas regiões do corpo e dificuldades em adormecer e/ou dormir a noite sem acordar demasiadas vezes. Já, por outro lado, ao nível psicológico a pessoa sentir-se com medo ou ansioso com algo que se encontra para acontecer na sua rotina diária (Holt et. al, 2016). Assim Tokouka et. al, (2016) referem que através destes aspetos existem dificuldade notórias no quotidiano da pessoa, para além do referido anteriormente, estes autores referem também sintomas de confusão, inibição social e diminuição nas capacidades de atenção/concentração.

Na literatura são referidos diversos fatores de risco e de proteção, tal como foi verificado por Tokouka et al., (2016), sendo eles de carácter biológico, psicológico, personalidade e social. Tokouka et. al, (2016) verificaram no seu estudo um maior aparecimento de sintomas ansiogénicos nos adolescentes que iniciam a puberdade precocemente, relacionado com um início da atividade sexual, a experiência de drogas, ou também sendo justificado pelo atraso dos caracteres sexuais secundários que torna difícil a integração em grupos sociais e recebendo menos atenção do sexo oposto.

Com o estudo de Moreno-Peral et al. (2014), indivíduos entre os 20 e 54 anos indicam que existe uma maior predisposição em meios económicos mais desfavorecidos e no género feminino, ser fumador ou consumidor de álcool em excesso também é considerado um fator de risco.

Os autores Huang, Chen, Calzada e Brotman (2012) indicam também as relações familiares instáveis como fator de risco.

As circunstâncias da vida e falta de uma pessoa com que possa partilhar os sentimentos podem desencadear também sintomas de ansiedade (Tokouka et. al, 2016).

### 3.2.4 Perturbação da Personalidade

Examinando as questões de personalidade é essencial ter em conta a complexidade de carácter do indivíduo (Braconnier et al., 2007).

Esta perturbação caracteriza-se por um padrão contínuo de vivências internas e de comportamentos longe do esperado para a pessoa num dado contexto, sendo invasiva e inflexível, tendo início no período da adolescência ou na idade adulta, mantendo a sua estabilidade ao longo dos anos e origina-se num mal-estar ou dificuldade (APA, 2013).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) As perturbações da personalidade possuem diferentes denominações tendo em conta os sintomas apresentados pela pessoa, ou seja, a Perturbação Paranoide da Personalidade (marcada desconfiança e suspeição, sendo que a pessoa interpreta ações dos outros como malévolas); Perturbação Esquizoide da Personalidade (desajuste social e fraca expressão emocional); Perturbação Esquizotípica da Personalidade (fraco relacionamento com o outro, alterações cognitivas e/ou de percepção e comportamento excêntrico); Perturbação antissocial da Personalidade (desrespeito e violação dos direitos dos outros); Perturbação *Borderline* da Personalidade (instabilidade na relação com o outro, autoimagem e impulsividade marcada); Perturbação Histriónica da Personalidade (excesso de emoções e de procura de atenção); Perturbação Narcísica da Personalidade (grandeza expressada, procura de admiração e falta de empatia); Perturbação Evitante da Personalidade (inibição social, sentimentos inadequados e hipersensibilidade à avaliação negativa); Perturbação Dependente da Personalidade (comportamentos submissos, excesso de necessidade de cuidados por parte dos outros); Perturbação Obsessivo-compulsiva da personalidade (perfeccionismo, preocupação com a ordem definida e controlador); Alteração da Personalidade devida a outra condição médica (efeitos fisiológicos por uma condição médica, e.g. lesões); e Perturbação da Personalidade sem outra especificação e perturbação da personalidade não especificada (aparece segundo duas situações, a primeira, preenche critérios de diagnóstico para uma Perturbação da Personalidade geral, mas não preenche para uma perturbação específica e a segunda, preenche critérios de uma perturbação da personalidade, mas a pessoa tem uma perturbação que não é incluída no DSM-5).

Estas perturbações estão agrupadas em 3 diferentes grupos, tendo por base as semelhanças que os descrevem. O grupo A possui as perturbações paranoide, esquizoide e Esquizotípica da personalidade, sendo que estes indivíduos aparentam estranheza ou excêntricos. No grupo B estão incluídas as perturbações antissocial, *Borderline*, histriónica e narcísica, assim estes indivíduos apresentam-se como dramáticos, emocionais e

inconstantes. No grupo C inserem-se as perturbações dependentes, evitante e obsessivo-compulsivas da personalidade, tendo como características a ansiedade e medo (APA, 2013).



### III. Realização da Prática Profissional

Ao longo do capítulo será abordada a prática profissional no âmbito da formação prática no CHTMAD, EPE. Antes de mais descrever-se-á a calendarização das atividades e horário de estágio nos diferentes locais de intervenção, de seguida, encontram-se enumerados os objetivos, as atividades e a relação com a comunidade e com os outros profissionais. Seguidamente, existe a descrição do processo terapêutico, como por exemplo os instrumentos utilizados e a descrição de dois estudos de caso. Por fim, serão apresentadas dificuldades e limitações sentidas, bem como as atividades complementares de formação. Devido ao estagiário estar a desempenhar funções em três locais diferentes, encontra-se dividida a intervenção psicomotora referindo as atividades desenvolvidas em cada contexto. Em baixo encontra-se a distribuição global do horário no local de estágio (tabela 1).

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
08h30-09h30	Individual I – P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Reunião Psiquiatria dos Adultos	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	Internamento
09h30-10h30	Individual II - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora – consulta de comportamento	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	Internamento
10h30-11h30	Individual III - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora – consulta de comportamento	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	Reunião de equipa - pedopsiquiatria
11h30-12h30	Individual IV - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora – consulta de comportamento	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	Reunião de equipa - pedopsiquiatria
13h30-14h30	Individual V - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Grupo de Esquizofrenia	Individual I - Psiquiatria	Registos
14h30-15h30	Grupo de Ansiedad e - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Grupo de Esquizofrenia	Internamento	Registos
15h30-16h30	Grupo de Ansiedad e - P.I.A.	Unidade de Chaves/Lamego	Registos	Reunião de Orientação	Registos
16h30-17h30	Registos	Unidade de Chaves/Lamego	Registos	Reunião de orientação	Registos

*Tabela 1 - Horário semanal dos contextos de intervenção*

# 1. Organização das atividades de estágio

## 1.1 Internamento de Agudos

Deve-se ter em conta que as intervenções levadas a cabo neste contexto, tiveram um conjunto de limitações subadjacentes, ou seja, o número de alternância de adultos no internamento que se refletia na frequência às sessões de psicomotricidade, visto ser um internato de 22 dias em média, seguidos de alta clínica. Assim como as diversas Psicopatologias encontradas durante o tempo de intervenção. Devido a este conjunto de limitações, optou-se não por uma avaliação inicial e final, mas por um registo de sessões diários.

Os utentes eram selecionados pelos enfermeiros especializados em Saúde Mental, visto estarem em contacto 24h com eles e assim definir os que se encontram com capacidades de frequentar as sessões. Os elementos que poderiam condicionar a frequência das sessões era a resposta clínica à medicação, necessária para o tratamento do utente.

### 1.1. Atividades de estágio

Ao longo do estágio foram desempenhadas as funções respetivas ao serviço de psicomotricidade, sendo a primeira vez que o CHTMAD, EPE dispôs de um psicomotricista. Assim desde o primeiro dia existiu a responsabilidade de planeamento, sessões de intervenção, escrita de relatórios após as sessões e de reuniões de equipa. Ao mesmo tempo das atividades de estágio expostas foram desenvolvidas atividades complementares descritas em anexo.

### 1.2. Relação com outros profissionais

A relação com os outros profissionais foi de extrema importância para uma troca de informações, existindo reuniões informais e formais, nas quais se debateram estratégias a seguir.

## 2. Calendarização das atividades

No que se encontra descrito nos tópicos inferiores apresenta-se através do cronograma a calendarização do estágio, como horários estabelecidos e a delimitação das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2015/2016.

## 2.1. Calendarização

O cronograma exposto na tabela 2 diz respeito à delineação das atividades realizadas ao longo de todos os aspetos do ano letivo.

Atividades Realizadas		2015				2016					
		Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
<b>Integração na equipa</b>		X									
<b>Intervenção Psicomotora</b>		X	X	X	X	X	X	X	X		
<b>Relatório de Estágio</b>	Enquadramento teórico	X	X	X	X	X					
	Enquadramento prático					X	X	X	X		
	Entrega									X	X

Tabela 2 - Cronograma de planificação do estágio curricular no Internamento de Agudos

## 2.2. Horário

Em seguida é apresentado na tabela 3 o horário no local de estágio de Internamento, contabilizando-se 5 horas no total da semana. O horário é compreendido entre as 08 horas e 30 minutos e as 17 horas e 30 minutos.

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
08h30-09h30			Reunião de equipa – Psiquiatria		Internamento
09h30-10h30					Internamento
10h30-11h30					
11h30-12h30					
13h30-14h30					
14h30-15h30				Internamento	
15h30-16h30					
16h30-17h30					

Tabela 3 - Horário de contacto institucional no Internamento de Agudos

### 2.3. Planeamento das sessões

A calendarização das sessões de psicomotricidade no Internamento é apresentada na tabela 4 (para consulta dos planos de sessão e relatórios consultar Anexo I).

Calendarização das sessões	Setembro-Maio
	3sessõesx 20semanas
Realizadas	60

Tabela 4 - Total de sessões psicomotoras realizadas no Internamento de Agudos

No total é possível contabilizar-se 20 semanas de estágio, durante as quais se realizaram 60 sessões de psicomotricidade no internamento, que englobam sessões de intervenção.

No gráfico a seguir segue a frequência dos utentes em cada sessão psicomotora realizada no internamento (gráfico 1).

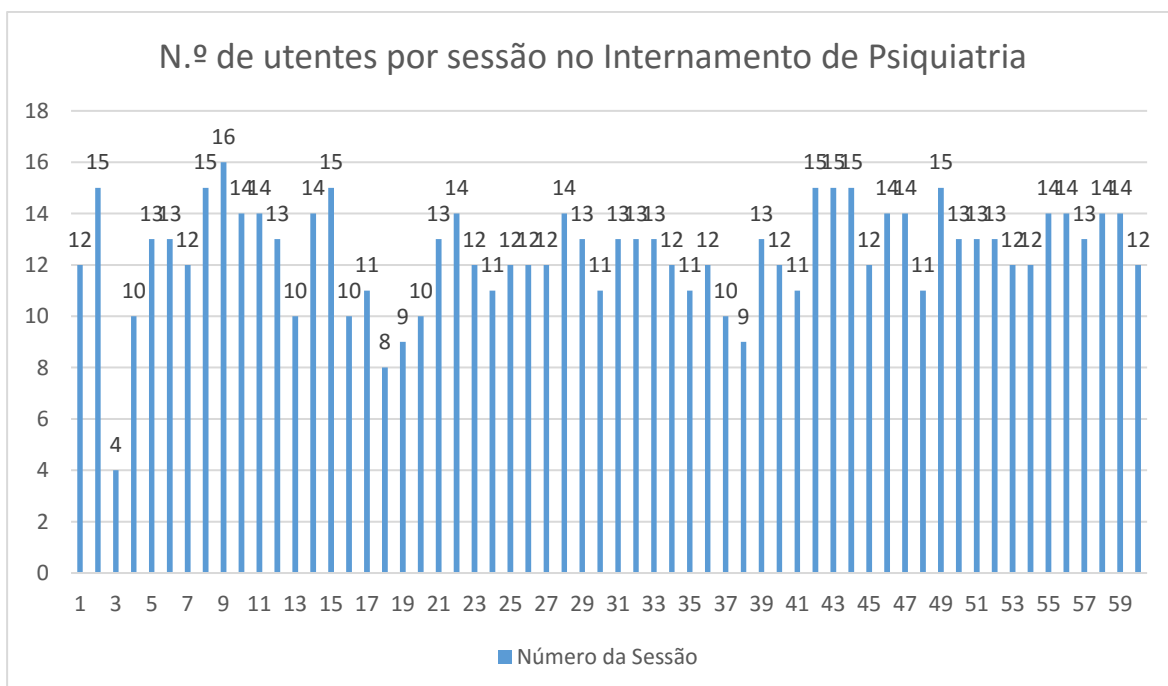


Gráfico 1 - Frequência de utentes por sessão

### 3. Caracterização geral da população atendida

Ao longo de todo o estágio foram prestados serviços de psicomotricidade a adultos, com idades entre 18 e 70 anos de idade. A intervenção foi desenvolvida com sessões em grupo. Quanto ao diagnóstico atribuído foi verificada uma heterogeneidade de diagnósticos existindo a necessidade de adaptar as atividades tendo em conta as características dos utentes. Todo este trabalho desenvolvido foi levado autonomamente pelo estagiário.

## 1.2 Psiquiatria da Infância e da Adolescência

### 3.1. Atividades de estágio

Ao longo do estágio foram desempenhadas as funções respetivas ao serviço de psicomotricidade, sendo a primeira vez o CHTMAD, EPE dispôs de um psicomotricista. Assim desde o primeiro dia existiu a responsabilidade de avaliação, planeamento, sessões de intervenção, escrita de relatórios após as sessões e de reuniões de equipa. Ao mesmo tempo das atividades de estágio propriamente expostas foram desenvolvidas atividades complementares descritas em anexo.

As avaliações e intervenções psicomotoras por parte do técnico estiveram ligadas na sua grande maioria à consulta do desenvolvimento. Assim, estando mais focado nas Perturbações do Desenvolvimento psicomotor, proporcionando uma assistência eficaz e eficiente, com os outros profissionais.

### 3.2. Relação com outros profissionais

A relação com os outros profissionais foi de extrema importância para uma troca de informações, existindo reuniões informais e formais, nas quais se debateram estratégias a seguir.

### 4. Calendarização das atividades

No que se encontra descrito nos tópicos inferiores apresenta-se através do cronograma a calendarização do estágio na P.I.A, como horários estabelecidos e a delineação das sessões de psicomotricidade.

#### 4.1. Calendarização

O cronograma exposto na tabela 5 diz respeito à delineação das atividades realizadas ao longo de todos os aspetos do ano letivo.

Atividades Realizadas		2015				2016					
		Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Integração na equipa		X									
Avaliação Psicomotora		X									
Avaliação Inicial para acompanhamento		X	X	X							
Intervenção Psicomotora		X	X	X	X	X	X	X	X		
Avaliação Final do acompanhamento									X	X	
Reuniões de equipa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório de Estágio	Enquadramento teórico	X	X	X	X	X					
	Enquadramento prático					X	X	X	X		
	Entrega									X	X

Tabela 5 - Cronograma de planificação do estágio curricular na Pedopsiquiatria

#### 4.2. Horário

Em seguida é apresentado na tabela 6, o horário no local de estágio, contabilizando-se 43 horas no total da semana, entre o estágio prático, as reuniões de equipa no CHTMAD, EPE e as reuniões de orientação da faculdade através do *Skype*. O horário é compreendido entre as 08 horas e 30 minutos e as 17 horas e 30 minutos.

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
08h30-09h30	Individual I	Unidade de Chaves/Lamego		Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	
09h30-10h30	Individual II	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora – consulta de comportamento	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	
10h30-11h30	Individual III	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora –	Avaliação Psicomotora –	Reunião de equipa – P.I.A

			consulta de comportamento	consulta de desenvolvimento	
<b>11h30-12h30</b>	Individual IV	Unidade de Chaves/Lamego	Avaliação Psicomotora – consulta de comportamento	Avaliação Psicomotora – consulta de desenvolvimento	Reunião de equipa - pedopsiquiatria
<b>13h30-14h30</b>	Individual V	Unidade de Chaves/Lamego			Registos
<b>14h30-15h30</b>	Grupo de Ansiedade	Unidade de Chaves/Lamego			Registos
<b>15h30-16h30</b>	Grupo de Ansiedade	Unidade de Chaves/Lamego	Registos	Reunião de Orientação	Registos
<b>16h30-17h30</b>	Registos	Unidade de Chaves/Lamego	Registos	Reunião de orientação	Registos

*Tabela 6 - Horário de contacto institucional na P.I.A*

#### 4.3. Planeamento das sessões

A calendarização das sessões de psicomotricidade é apresentada na tabela 7. As sessões não realizadas estiveram relacionadas com a falta das crianças por várias razões, nomeadamente visitas de estudo e por doença (para consulta dos planos de sessão e relatórios consultar Anexo A).

Calendarização das sessões	Setembro-Dezembro	Janeiro-Maio
	5sessõesx10 semanas	10sessõesx15semanas
<b>Previstas</b>	50	150
<b>Realizadas</b>	40	120

*Tabela 7 - Total de sessões psicomotoras realizadas na P.I.A*

No total é possível contabilizar-se 36 semanas de estágio, durante as quais se realizaram 160 sessões de psicomotricidade, que englobam sessões de intervenção, de avaliações iniciais e finais.

#### 5. Caracterização geral da população atendida

Ao longo de todo o estágio foram prestados serviços de psicomotricidade no serviço de P.I.A., com idades entre 2 e 17 anos de idade. A intervenção na sua maioria foi desenvolvida de forma individual, à exceção do grupo de ansiedade na adolescência. Quanto ao diagnóstico atribuído a maioria foi a Perturbação Global do desenvolvimento, com Perturbação Hiperatividade/Défice de Atenção, Perturbação do Espectro do Autismo,

adolescentes com Perturbação da Ansiedade. Todo este trabalho desenvolvido foi levado autonomamente pelo estagiário, à exceção do grupo de ansiedade uma vez que o trabalho foi em equipa com a psicóloga clínica.

## 1.3 Psiquiatria

### 5.1. Atividades de estágio

Ao longo do estágio foram desempenhadas as funções respetivas ao serviço de psicomotricidade, sendo a primeira vez o CHTMAD, EPE dispôs de um psicomotricista na Psiquiatria (consulta externa). Assim desde o primeiro dia existiu a responsabilidade de avaliação, planeamento, sessões de intervenção, escrita de relatórios após as sessões e de reuniões de equipa. Ao mesmo tempo das atividades de estágio propriamente expostas foram desenvolvidas atividades complementares descritas em anexo.

### 5.2. Relação com outros profissionais

A relação com os outros profissionais foi de extrema importância para uma troca de informações, existindo reuniões informais e formais, nas quais se debateram estratégias a seguir.

## 6. Calendarização das atividades

No que se encontra descrito nos tópicos inferiores apresenta-se através do cronograma a calendarização do estágio na Psiquiatria, como horários estabelecidos e a delineação das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2015/2016.

### 6.1. Calendarização

O cronograma exposto na tabela 8 diz respeito à delineação das atividades realizadas ao longo de todos os aspetos do ano letivo.

Atividades Realizadas	2015				2016					
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
<b>Integração na equipa</b>	X									
<b>Avaliação Psicomotora</b>	X									

<b>Avaliação Inicial para acompanhamento</b>		X	X	X						
<b>Intervenção Psicomotora</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Avaliação Final do acompanhamento</b>								X	X	
<b>Reuniões de equipa</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Relatório de Estágio</b>	Enquadramento teórico	X	X	X	X	X				
	Enquadramento prático					X	X	X	X	
	Entrega								X	X

*Tabela 8 - Cronograma de planificação do estágio curricular na Psiquiatria*

## 6.2. Horário

Em seguida, na tabela 9, é apresentado o horário no local de estágio, contabilizando-se 43 horas no total da semana, entre o estágio prático, as reuniões de equipa no CHTMAD, EPE e as reuniões de orientação da faculdade através do Skype. O horário é compreendido entre as 08 horas e 30 minutos e as 17 horas e 30 minutos.

<b>Horário</b>	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
<b>08h30-09h30</b>			Reunião de equipa - Psiquiatria		
<b>09h30-10h30</b>					
<b>10h30-11h30</b>					
<b>11h30-12h30</b>					
<b>13h30-14h30</b>				Individual I	
<b>14h30-15h30</b>			Grupo de Esquizofrenia		
<b>15h30-16h30</b>			Grupo de Esquizofrenia	Reunião de Orientação	Registos
<b>16h30-17h30</b>				Reunião de orientação	Registos

*Tabela 9 - Horário de contacto institucional na Psiquiatria*

### 6.3. Planeamento das sessões

A calendarização das sessões de psicomotricidade na Psiquiatria é apresentada na tabela 9 (para consulta dos planos de sessão e relatórios consultar Anexo J).

Calendarização das sessões	Setembro-Maio
	2sessõesx30 semanas
Realizadas	60

*Tabela 10 - Total de sessões psicomotoras realizadas na Psiquiatria*

No total é possível contabilizar-se 36 semanas de estágio, durante as quais se realizaram 60 sessões de psicomotricidade, que englobam sessões de intervenção, de avaliações iniciais e finais.

## 7. Caracterização geral da população atendida

Ao longo de todo o estágio foram prestados serviços de psicomotricidade no serviço de psiquiatria a 11 adultos, 9 do género masculino e 2 do género feminino, com idades entre 18 e 60 anos de idade. Quanto ao diagnóstico atribuído contabilizam-se 10 adultos com esquizofrenia e 1 adulto com Doença de Coreia de Huntington. Todo este trabalho desenvolvido foi levado autonomamente pelo estagiário, sendo que o grupo de esquizofrenia foi desenvolvido um trabalho em colaboração com o Psicólogo clínico.

## 2. O processo terapêutico

O processo terapêutico da intervenção psicomotora realiza-se através de uma referenciação para o serviço, na qual o psicomotricista elabora uma entrevista para obter os dados necessários para a elaboração da sua anamnese. De seguida, este realiza uma avaliação formal utilizando o devido instrumento para o pretendido. Caso seja orientado para intervenção o psicomotricista deve elaborar um plano terapêutico com a construção de objetivos, atividades e estratégias. Por fim, realiza-se uma avaliação final de forma a entender o que mudou no indivíduo.

### 2.1 Critérios de Encaminhamento

Em seguida, são descritos os critérios de encaminhamento que foram definidos juntamente com a equipa dos diferentes serviços no qual o estagiário realizou a sua

intervenção, ou seja, a presença de um destes critérios, deve ser referenciado para o serviço de psicomotricidade. Assim, para ser encaminhado são descritos os seguintes critérios:

- Dificuldades de consciência corporal
- Dificuldades na Expressão verbal e não-verbal
- Défices de mentalização (pensamento simbólico, ansiedade)
- Impulsividade
- Lentificação psicomotora
- Alteração dos fatores psicomotores (na tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina).

## 2.2. Avaliação Clínica

Para realizar a melhor intervenção possível o estagiário definiu como instrumentos de avaliação úteis a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – Vítor da Fonseca 2007; a Mini-Mental State Examination – Folstein et al., 1975; Índice de Barthel – Mahoney e Barthel, 1965; Escala de depressão de Cornell na demência – Alexopoulos Gas, Abrams RC, Young RC e Shamolau CA, 1988. Para as avaliações do desenvolvimento optou-se pela Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, visto retirar informação sobre o perfil psicomotor da criança. No que toca à utilização das outras escalas supramencionadas foram necessárias para a avaliação no estudo de caso da Psiquiatria de Adultos. Como o trabalho é explorado por diversos técnicos é possível obter informações das escalas aplicadas, bem como solicitar reavaliações dos casos acompanhados. Uma vez que são realizadas avaliações por parte da Psicologia clínica com as escalas: Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* 0-2 anos (*revisão 1996*) e 2-8 anos (*revisão 2006*) – Ruth Griffiths, Escala de Conners, Escala de Inteligência de Wechsler-III e Escala de Inteligência de Wechsler para adultos.

Também importante ao longo do estágio foi a observação direta do utente para que se conseguisse retirar dados como por exemplo, a postura, os gestos, o diálogo corporal e a sua capacidade não-verbal. Sendo realizada antes de qualquer avaliação uma entrevista clínica para a obtenção de dados.

## 2.2.1 Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca - 2007

A adaptação original do modelo psiconeurológico de Lúria, construído essencialmente a partir de lesões em adultos, para o campo específico da psicomotricidade na criança, não pode ser considerada escrupulosamente fidedigna (Fonseca, 2007).

Bax (1970) citado por Fonseca (2007) afirma que o exame neurológico clássico, desenvolvido a partir, fundamentalmente, de adultos com alterações neurológicas óbvias, não é devidamente adequado para avaliar o Sistema Nervoso de uma criança em desenvolvimento.

Feuerstein (1979) citado por Fonseca (2007) refere que o exame psicológico clássico, com os seus testes psicométricos, não tentou ainda valorizar as funções psiconeurológicas que sustentam os processos verbais e não-verbais.

Fonseca (2007) afirma que a BPM é criada com o sentido de relacionar e justificar os vários fatores e subfatores psicomotores com as três unidades funcionais do cérebro, segundo o modelo luriano, apresentando um conjunto de tarefas que sejam significativas para tal objetivo, que não sejam desprovidas de quantificação e que não caiam em estandardizações restritas, ao mesmo tempo que permitem a deteção qualitativa de sinais funcionais desviantes e a análise dos fatores psiconeurológicos subjacentes, é tentar contribuir para a compreensão dos problemas de aprendizagem e de desenvolvimento na criança.

Ao longo de dez anos de experiência clínica, a BPM sofreu inúmeras adaptações resultantes de muitas centenas de observações psicopedagógicas efetuadas em crianças com problemas de desenvolvimento, de comportamento e aprendizagem. Tem respondido a várias necessidades nomeadamente na identificação de sinais atípicos ou desviantes, na deteção de problemas de aprendizagem e na prescrição reeducacional e reabilitacional de muitas crianças e jovens (Fonseca, 2007).

Fonseca (2007) refere que embora com muitas limitações, a BPM tem demonstrado a sua utilidade como um instrumento de observação do perfil psicomotor e como um dispositivo clínico que pode ajudar à compreensão dos problemas de comportamento e aprendizagem, evidenciados pelas crianças e jovens dos 4 aos 12 anos. Trata-se de um instrumento de observação que procura captar a personalidade psicomotora da criança e ao mesmo tempo o grau de integridade dos sistemas funcionais complexos, segundo o modelo de organização cerebral apresentado por Lúria (1973 e 1980).

Resumindo, a BPM procura analisar qualitativamente a disfunção psicomotora, ou a integração, que caracteriza a aprendizagem da criança, tentando atingir uma

compreensão aproximada do modo como trabalha o cérebro e simultaneamente, dos mecanismos que constituem a base dos processos mentais da psicomotricidade (Fonseca, 2007).

Em termos ontogenéticos a organização dos sete fatores da BPM confirma a hierarquização vertical do modelo luriano:

- ✓ Tonicidade (do nascimento aos 12 meses);
- ✓ Equilibração (dos 12 meses aos 2 anos);
- ✓ Lateralização (dos 2 aos 3 anos);
- ✓ Noção do Corpo (dos 3 aos 4 anos);
- ✓ Estruturação espaciotemporal (dos 4 aos 5 anos);
- ✓ Praxia Global (dos 5 aos 6 anos);
- ✓ Praxia Fina (dos 6 aos 7 anos).

(Fonseca, 2007)

Em todos os fatores e subfatores o nível de realização é medido numericamente da seguinte forma:

- Cotação 1 ponto (Apraxia) - ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada, descoordenada;
- Cotação 2 pontos (Dispraxia) - realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes;
- Cotação 3 pontos (Eupraxia) - realização complexa, adequada e controlada;
- Cotação 4 pontos (Hiperpraxia); - realização perfeita, precisa, económica e com facilidades de controlo;

Cada subfator é consequentemente cotado de acordo com este critério, sendo a cotação média arredondada e posteriormente transferida para o perfil que se encontra na primeira página da ficha de registo da BPM (Fonseca, 2007).

## 2.2.2 Mini-Mental State Examination (MMSE) – Folstein et al, 1975

Segundo Folstein (1998) o MMSE é um teste com a função de avaliação do funcionamento cognitivo das pessoas e o rastreio de quadros demenciais. Segundo Lourenço & Veras (2006) o MMSE examina a orientação espacial e temporal, a memória a curto-prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, capacidade da linguagem e visuo-espaciais. A escala tomou esta denominação porque foca-se nos aspetos cognitivos da função mental e exclui o humor (Chaves, 2009). A escala é composta por onze itens, dividida em duas partes, na qual a primeira parte foca-se em respostas verbais relativas a questões de orientação, memória e atenção e a segunda parte a capacidade de nomeação, comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (Chaves, 2009).

Segundo Chaves (2009) as questões seguem uma ordem específica, obtendo-se no final um score devido ao somatório de cada item realizado com sucesso. A pontuação varia entre 0 e 30 pontos. Assim, na seguinte tabela 11 estão definidos os pontos de “corte” para a população portuguesa:

<b>MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico</b>	
<b>Escolaridade</b>	<b>Pontuação</b>
<b>0-2 anos</b>	22
<b>3-6 anos</b>	24
<b>Igual ou superior a 7 anos</b>	27

*Tabela 11 - Pontuações de limiar diagnóstico da MMSE*

De acordo com Sequeira (2007) o MMSE foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al., (1994).

## 2.2.3 Índice de Barthel – Mahoney e Barthel, 1965

O Índice de Barthel tem o intuito de avaliar o nível de independência da pessoa na realização de dez Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) sendo elas o comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007).

O preenchimento deste inquérito pode ser realizado através de registos clínicos, auto ministrado ou até perguntado ao prestador de cuidados.

Segundo Sequeira (2007) cada atividade situa-se entre 2 a 4 níveis de dependência, em que o valor 0 indica dependência e que o grau de independência pode ser pontuado com 5, 10 ou 15 pontos. A escala apresenta 10 itens, sendo que o total pode variar entre 0 a 100 pontos, variando entre 0-20 pontos (dependência total); 21-60 pontos (grave dependência); 61-90 pontos (moderada dependência); 91-99 pontos (muito leve dependência); e 100 pontos (independência) (Azeredo & Matos, 2003).

No contexto clínico a informação importante não é só a pontuação total mas também as pontuações de cada atividade avaliada, pois permite conhecer quais as dificuldades específicas da pessoa e fornecer apoios às suas necessidades (Araújo et al., 2007).

### **Estudo de adaptação para Portugal do Índice de Barthel**

O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) demonstra que o índice de Barthel é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando correlações entre os itens face à escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$

### **2.2.4 Escala de Depressão de Cornell na demência – Alexopoulos Gas, Abrams RC, Young RC e Shamolau CA, 1988**

A Escala de Depressão de Cornell na demência pretende avaliar os sinais e sintomas da depressão em pessoas demenciadas, sendo esta constituída por 19 itens que pretendem analisar e quantificar a informação obtida pelo prestador de cuidados (Carthery-Goulart, 2007). Os itens são avaliados por gravidade entre 0 e 2 (0 = ausente, 1 = leve ou intermitente, 2 = grave).

Os somatórios superiores a 10 indicam uma provável depressão major, caso seja superior a 18 indicam uma depressão major, por outro lado pontuações inferiores a 6, no geral, indicam ausência significativa dos sintomas depressivos (Carthery-Goulart, 2007).

### 3. A intervenção

#### 3.1. Sessões Tipo

As sessões de psicomotricidade seguem uma ordem, tanto a intervenção seja individualizada ou em grupo, tendo uma duração que varia entre 45 minutos e 1 hora.

As sessões, geralmente, são divididas em três momentos:

- **Diálogo inicial:** é o primeiro momento da sessão em que existem perguntas por parte do técnico dirigido ao utente, ao nível de atividades realizadas até à data da sessão, rotinas diárias, acontecimentos significativos. Assim pode-se não só trabalhar aspetos relacionados com a memória, mas também desenvolver o diálogo verbal;
- **Atividades psicomotoras:** as atividades são desenvolvidas indo de encontro aos objetivos terapêuticos delineados pelo técnico e necessários de serem intervencionados. Sendo que as atividades delineadas devem seguir um aumento gradual de energia despendida nestas, finalizando-as com um momento de retorno à calma
- **Diálogo Final:** é o último momento da sessão, no qual o técnico questiona o utente sobre o que foi trabalho em sessão, atribuindo vivências corporais às atividades levando a uma tomada de consciência das suas competências, bem como uma expressão verbal do sucedido.

#### 3.2 Estratégias

As estratégias desenvolvidas ao longo das sessões dependem das características da pessoa 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.

A instrução verbal tem por base dar informação à pessoa sobre o pretendido da tarefa que se encontra a realizar, bem como o desempenho pretendido (Godinho, 2007). A demonstração parte do técnico para que este exemplifique a tarefa dando informações visuais ao utente, na maioria das vezes é acompanhada pela instrução verbal (Godinho, 2007).

O feedback dado pelo técnico à pessoa fornece-lhe informação sobre os objetivos desenvolvidos para a atividade. A intenção da utilização do feedback permite à pessoa

entender como realizar determinada atividade, bem como aprimorar o seu movimento. Assim, intrinsecamente a pessoa pode reter informação para uma futura atividade (Godinho, 2007).

O reforço positivo, varia de utente para utente, pois é preciso perceber qual o momento certo para o fazer, e que este reforço melhore o comportamento na atividade e não obter o resultado contrário (Godinho, 2007).

Durante a intervenção terapêutica traça-se o perfil intra-individual definindo-se as áreas fortes e fracas, devendo trabalhar as fracas envolvendo as áreas fortes para que a pessoa se sinta mais motivada.

Nas sessões de grupo, o psicomotricista orienta o grupo para trabalhar em conjunto, ultrapassando as dificuldades todos juntos, em que cada um possa fornecer ajudas e compartilhar aspetos do passado para que exista uma aprendizagem. O diálogo final é uma ótima forma de gerir estes aspetos, uma vez que o intuito são todos falarem sobre o tema.

## 4. A intervenção Psicomotora no CHTMAD, EPE

### 4.1 Intervenção psicomotora individual

Nos meses de Outubro e Novembro foram encaminhados para a terapia psicomotora (para consulta dos planos de sessão e relatórios consultar Anexo H).

As sessões de entrevista clínica, bem como de intervenção duraram aproximadamente 45 minutos. Em seguida, encontra-se a tabela 12 como resumo.

<b>Caso clínico</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Patologia</b>	<b>Número de Sessões</b>
<b>Caso J.</b>	Masculino	8 anos	Atraso global do desenvolvimento psicomotor com predomínio no desenvolvimento da linguagem e Perturbação da coordenação motora	13
<b>Caso D.</b>	Masculino	2 anos	Atraso do desenvolvimento	10
<b>Caso J.</b>	Feminino	3 anos	Atraso do desenvolvimento	4

<b>Caso B.</b>	Feminino	12 anos	Atraso no desenvolvimento motor global sem causa definida, com características das perturbações do Espectro do Autismo	10
<b>Caso D.</b>	Masculino	6 anos	Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção	10
<b>Caso M.</b>	Feminino	59 anos	Doença de Coreia de Huntington	20

*Tabela 12 - Resumo das Intervenções individuais*

### 4.1.1 Psiquiatria

#### **Caso M.**

##### Identificação

- Género: feminino
- Data de Nascimento: 16 de fevereiro de 1956
- Estado Civil: Casada
- Situação Ocupacional Reformada por invalidez
- Diagnóstico: Doença de Coreia de Huntington
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria de Adultos: atividade delirante e alucinatória com ideias de prejuízo, desconfiança e alterações do comportamento
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: Instabilidade da marcha; Deterioração cognitiva;

A M. iniciou terapia psicomotora em novembro de 2015 apresentando-se num estado apático. Com esta utente foram realizadas 20 sessões, sendo este caracterizado de forma mais pormenorizado à frente, devido a ser um dos estudos de caso I.

### 4.1.1 Psiquiatria da Infância e da Adolescência

#### **Caso J.**

##### Identificação

- Género: masculino

- Data de Nascimento: 09 de maio de 2008
- Situação Ocupacional Frequenta o 1º ciclo
- Diagnóstico: atraso global do desenvolvimento psicomotor com predomínio no desenvolvimento da linguagem e Perturbação da coordenação motora (sem défices neurológicos e/ou sensoriais);
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: atraso do desenvolvimento psicomotor
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: Dificuldade em coordenar os movimentos globais e finos; Dificuldades em se relacionar com os outros

O J. iniciou terapia psicomotora em novembro de 2015 apresentando-se motivado durante todas as sessões realizadas. Com esta criança foram realizadas 15 sessões, sendo este caracterizado de forma mais pormenorizado à frente, devido a ser um dos estudos de caso II.

### **Caso D.**

#### Identificação

- Género: masculino
- Data de Nascimento: 07 de junho de 2013
- Situação Ocupacional Frequenta a pré-escola
- Diagnóstico: Atraso do desenvolvimento
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria de Adultos: atraso do desenvolvimento psicomotor
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: Dificuldades na coordenação motora global; Irrequietude

Segundo a mãe sempre apresentou um desenvolvimento tardio até à data. É filho único do casal. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências, tendo nascido às 40 semanas de parto eutócico. Na relação com o outro apresenta dificuldades, o jogo simbólico é fraco, reconhece as cores e consegue nomeá-las. Apresenta um tempo de permanência na tarefa curto e desiste facilmente quando este é mais difícil.

A avaliação Inicial foi aplicada a bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (consultar anexo H1). Tendo em conta os dados obtidos foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Melhorar o equilíbrio</b>	Estimular o equilíbrio dinâmico e estático
<b>Potenciar a praxia global</b>	Desenvolver a coordenação óculo-manual e pedal
<b>Aumentar a atenção</b>	Estimular o tempo de permanência na tarefa
<b>Desenvolver as relações interpessoais</b>	Potenciar a comunicação verbal e não-verbal

*Tabela 13 - Objetivos de intervenção caso D.*

Ao longo da intervenção foi possível realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – 2ª edição (2010), tendo em conta os objetivos definidos para a intervenção.

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Melhorar o equilíbrio</b>	BPM – 2	BPM – 3
<b>Potenciar a praxia global</b>	BPM – 2	BPM – 3
<b>Aumentar a atenção</b>	Qualitativamente – pouco tempo de atenção prestada durante a tarefa	Qualitativamente – aumentou tempo de atenção prestada durante a tarefa
<b>Desenvolver as relações interpessoais</b>	Qualitativamente – Baixa capacidade de se relacional, isolado no jogo, baixa capacidade no jogo simbólico	Qualitativamente – aumentou a capacidade de se relacional, começa a integrar o jogo a pares e o jogo simbólico continua a ser fraco

*Tabela 14 - Efeitos da intervenção psicomotora caso D.*

## **Caso J.**

### Identificação

- Género: feminino
- Data de Nascimento: 8 de setembro de 2012
- Situação Ocupacional Frequenta a pré-escola
- Diagnóstico: Atraso do desenvolvimento
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria de Adultos: atraso do desenvolvimento psicomotor e queixas comportamentais
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: dificuldades a nível motor, da linguagem expressiva na maioria por gestos e comportamento agressivo com os pares

Segundo a mãe ao longo do desenvolvimento verificou sempre um atraso quando comparado com outras crianças. Tem um irmão mais velho com 12 anos sem dificuldades até ao momento. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências, tendo nascido às 40 semanas de parto eutócico. Na relação com o outro apresenta um comportamento agressivo por não saber como se relacionar.

A avaliação Inicial foi aplicada a bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (consultar anexo H2). Tendo em conta os dados obtidos foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Melhorar o equilíbrio</b>	Estimular o equilíbrio dinâmico e estático
<b>Potenciar a praxia global</b>	Desenvolver a coordenação óculo-manual e pedal
<b>Desenvolver a praxia fina</b>	Potenciar a capacidade manipulativa dos objetos
<b>Desenvolver as relações interpessoais</b>	Desenvolver a partilha de objetos com o outro Potenciar de relação recíproca

	Desenvolver a noção de regra Potenciar a comunicação verbal e não-verbal
--	---

*Tabela 15 - Objetivos de intervenção caso J.*

Ao longo da intervenção foi possível realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – 2ª edição (2010), tendo em conta os objetivos definidos para a intervenção.

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Melhorar o equilíbrio</b>	BPM – 2	BPM – 3
<b>Potenciar a praxia global</b>	BPM – 2	BPM – 3
<b>Desenvolver a praxia fina</b>	BPM – 2	BPM – 2
<b>Desenvolver as relações interpessoais</b>	Qualitativamente – Baixa capacidade de se relacional, isolada no jogo, baixa capacidade no jogo simbólico	Qualitativamente – aumentou a capacidade de se relacional, integra o jogo a pares e realiza jogo simbólico

*Tabela 16 - Efeitos da intervenção psicomotora caso J.*

## **Caso B.**

### Identificação

- Género: feminino
- Data de Nascimento: 23 de março de 2004
- Situação Ocupacional Frequenta a escola
- Diagnóstico: Atraso no desenvolvimento motor global sem causa definida, com características das perturbações do Espectro do Autismo
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria de Adultos: alterações sensoriais; fraco desempenho em tarefas manipulativas; comportamentos repetitivos
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: Dificuldades em manipular objetos; alterações sensoriais; fraco jogo simbólico; comportamentos restritos e repetitivos

É uma criança que adquiriu a marcha só aos 3 anos de idade, possuindo comportamentos característicos de uma PEA como ecolalias, alteração postural, alteração sensorial, desequilíbrios, estereotípias, tendo a necessidade de procura a nível sensorial as pessoas as pessoas com quem se encontra. A avaliação Inicial foi aplicada a bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (consultar anexo H3). Tendo em conta os dados obtidos foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Estimular a praia global</b>	Desenvolver a motricidade global Desenvolver a coordenação óculo-manual e pedal
<b>Potenciar a Integração sensorial</b>	Estimular a reação ao estímulo auditivo Desenvolver as sensações tátilo-quinestésicas
<b>Reduzir a rigidez e as estereotípias</b>	Potenciar a descontração voluntaria
<b>Desenvolver a capacidade de relação</b>	Potenciar a comunicação verbal e não-verbal Melhorar o contacto visual com o outro Desenvolver a capacidade de interação com o outro
<b>Potenciar a linguagem e comunicação</b>	Desenvolver a conversação com o outro

*Tabela 17 - Objetivos de intervenção caso B.*

Ao longo da intervenção foi possível realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – 2ª edição (2010), tendo em conta os objetivos definidos para a intervenção.

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Estimular a praia global</b>	BPM – 2	BPM – 2
<b>Potenciar a Integração sensorial</b>	Qualitativamente – dificuldade no contacto com diferentes texturas	Qualitativamente - melhorou a capacidade de contacto com diferentes texturas

<b>Reduzir a rigidez e as estereotipias</b>	BPM – 2 (Tonicidade) Qualitativamente – estereotipias visíveis em momentos excitatórios	BPM – 2 (Tonicidade), dificuldades ainda existentes no acesso à passividade Qualitativamente – redução das estereotipias em momentos excitatórios
<b>Desenvolver a capacidade de relação</b>	Qualitativamente – baixa capacidade de relacionar com os pares	Qualitativamente – maior capacidade de relacionamento com o técnico e no infantário
<b>Potenciar a linguagem e comunicação</b>	Qualitativamente – baixa capacidade na linguagem expressiva	Qualitativamente – aumento da linguagem expressiva (identificação e nomeação de objetos)

*Tabela 18 - Efeitos da intervenção psicomotora caso B.*

### **Caso D.**

#### Identificação

- Género: masculino
- Data de Nascimento: 06 de outubro de 2009
- Situação Ocupacional Frequenta a escola com currículo adaptado (necessidades educativas especiais)
- Diagnóstico: Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção
- Motivo de encaminhamento para Serviço de Psiquiatria de Adultos: Imaturidade; Impulsividade; Dificuldades de Aprendizagem
- Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade: Imaturidade e impulsividade; descoordenação motora

É uma criança imatura, com hipercinésia e tempos de atenção/concentração curtos. Tem também dificuldades de coordenação motora e motricidade fina. É impulsivo com baixa tolerância à frustração e dificuldades em autorregular-se. A professora mencionou

dificuldades em movimentos, de destreza manual. Também verbalizou dificuldades no relacionamento com os pares.

A Avaliação Inicial foi aplicada a bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (consultar anexo H4). Tendo em conta os dados obtidos foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Desenvolver o Equilíbrio</b>	Melhorar o equilíbrio estático Fomentar o equilíbrio dinâmico
<b>Melhorar a Noção do Corpo</b>	Fomentar a consciencialização dos limites corporais Potenciar os sentidos proprioceptivos e exteroceptivos
<b>Melhorar a estruturação espaço-temporal</b>	Desenvolver o planeamento motor Potenciar a organização métrica da ação
<b>Fomentar a Praxia Global</b>	Melhorar a coordenação óculo-manual e pedal
<b>Melhorar o jogo simbólico</b>	Potenciar o jogo espontâneo
<b>Potenciar o autocontrolo</b>	Desenvolver a capacidade de inibição corporal na ação
<b>Desenvolver a concentração</b>	Melhorar a capacidade de vigilância Desenvolver a sequencialização operacional

*Tabela 19 - Objetivos de Intervenção caso D.*

Ao longo da intervenção foi possível realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – 2ª edição (2010), tendo em conta os objetivos definidos para a intervenção.

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Desenvolver o Equilíbrio</b>	BPM – 2	BPM – 2

<b>Melhorar a Noção do Corpo</b>	BPM – 2	BPM – 3
<b>Melhorar a estruturação espaço-temporal</b>	BPM – 2	BPM – 2
<b>Fomentar a Praxia Global</b>	BPM – 2	BPM – 2
<b>Melhorar o jogo simbólico</b>	Qualitativamente – dificuldade no jogo simbólico, apenas realiza tarefas concretas	Qualitativamente – realiza jogo simbólico simples, como escondidas e apanhada
<b>Potenciar o autocontrolo</b>	Qualitativamente – dificuldades na autorregulação durante as atividades	Qualitativamente – dificuldades mantidas na autorregulação durante as atividades
<b>Desenvolver a concentração</b>	Qualitativamente – dificuldades em permanecer na tarefa concentrado, disperso nas atividades	Qualitativamente – dificuldades mantidas em permanecer na tarefa concentrado, disperso nas atividades

*Tabela 20 - Efeitos da intervenção psicomotora caso D.*

## 4.2 Intervenção psicomotora em grupo

### 4.2.1. Grupo da Terapia Psicomotora

O grupo de psicomotricidade foi criado para os utentes com esquizofrenia, no âmbito da consulta externa, podendo assim beneficiar da intervenção psicomotora e constituir um grupo aberto para os utentes com patologia diagnosticada. Na sessão estavam presentes 1 Enfermeiro especialista em Saúde Mental, 1 Psicólogo Clínico, 1 Psiquiatra e o estagiário de Psicomotricidade, seguindo uma estrutura definida de 45 minutos de Psicoeducação, seguidas de 45 minutos de Terapia Psicomotora. Devido a ser um grupo aberto não foi possível realizar uma avaliação formal, sendo assim optou-se por realizar uma avaliação ao longo das sessões (consultar anexo para ficha de avaliação de

sessão) e uma avaliação global das sessões, no final do estágio (consultar anexo para ficha de avaliação global).

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Patologia</b>	<b>Frequência às sessões</b>
<b>J. C.</b>	29	Masculino	Perturbação esquizofrénica	10
<b>L. P.</b>	19	Masculino	Perturbação esquizofrénica	8
<b>S. O.</b>	45	Feminino	Perturbação esquizofrénica	6
<b>J. S.</b>	31	Masculino	Perturbação esquizofrénica	17
<b>N. B.</b>	26	Masculino	Perturbação esquizofrénica	17
<b>C. V.</b>	33	Masculino	Perturbação esquizofrénica	15
<b>R. J.</b>	23	Masculino	Perturbação esquizofrénica	17

*Tabela 21 - Caracterização do grupo de intervenção*

Em conjunto com a equipa de enfermagem, um psiquiatra, um psicólogo e o estagiário de psicomotricidade foi delineado os objetivos de intervenção (tabela 22):

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>
<b>Desenvolver a equilíbrio</b>	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico
<b>Potenciar a noção do corpo</b>	Melhorar o esquema e a imagem corporal
<b>Fomentar a praxia global</b>	Melhorar a coordenação óculo-manual Melhorar a coordenação óculo-pedal
<b>Desenvolver as capacidades cognitivas</b>	Exteriorizar sentimentos e emoções num plano simbólico e representativo; Melhorar a memória; Melhorar as capacidades de atenção e concentração

*Tabela 22 - Objetivos gerais e específicos de intervenção no grupo da Terapia Psicomotora*

As atividades psicomotoras delineadas seguiram uma ordem definida pelo estagiário de psicomotricidade. Em anexo encontram-se os planeamentos das sessões e os relatórios de cada sessão (anexo J para consulta do planeamento das sessões e os relatórios de sessão).

No total foram realizadas 17 sessões, com uma média de 6 utentes por sessão. Na maioria das vezes, existia uma alteração no número de utentes devido a ser um grupo aberto, sendo que alguns referiam falta de disposição para participar, ou mesmo alterações comportamentais devido à medicação

Apesar de não ter existido uma avaliação formal de modo a verificar se os objetivos terapêuticos foram alcançados, com a observação direta ao longo das sessões foi possível verificar diferenças qualitativas.

## 5. Estudo de Caso I M.

### 5.1. Caracterização anamnésica

A M. é uma senhora nascida a 16 de fevereiro de 1956 e acompanhada no CHTMAD, EPE desde Fevereiro de 2008, data da primeira consulta no Departamento de Neurologia. O diagnóstico atribuído foi de Doença de Coreia de Huntington após teste no Instituto de Biologia Molecular e Celular em Julho de 2008, no qual foi verificado uma hereditariedade autossómica dominante detetado uma expansão da repetição CAG na região 5' do gene HD. A utente em setembro de 2008 esteve internada no DPSM com atividade delirante e alucinatória, com ideias de prejuízo, desconfiança e alterações do comportamento, sendo assim seguida em consulta desde 22 de Janeiro de 2009. Segundo Cardoso (2009) a C.H. caracteriza-se Deterioração motora progressiva, Perda cognitiva, Perturbações psiquiátricas, provavelmente causados por disfunção neuronal e morte celular, Movimentos involuntários, arrítmicos, aleatórios, “tipo dança”, a que se dá o nome de movimentos coreicos, assim sendo seguida no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

O pedido de consulta foi efetuada pela Psiquiatra, em resultado da instabilidade psicomotora, na deterioração cognitiva e no prolongamento da independência no seu quotidiano. Os principais motivos indicados pela Psiquiatra foram o aumento das manifestações dos movimentos coreicos, alteração da marcha e da fala, alterações do humor e inibição, com sintomatologia depressiva, desde Julho de 2015. É também seguida

pelo Departamento de Fisiatria uma vez por semana no qual intervém 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 terapeuta da fala.

Quanto à história de desenvolvimento, não existem dados descritos no processo da utente. Na consulta do mesmo foi possível verificar que a mãe da M. também teve C.H., realizou uma cirurgia vascular em 28 de Junho de 1995 e um registo de um ataque epilético sem antecedentes no ano de 2000. A M. é casada há 35 anos do qual resultaram 6 filhas e 1 filho.

No que respeita às relações familiares, estas são diminutas, uma vez que 6 dos 7 filhos não estão na área da sua residência, e apenas 1 das filhas se encontra em casa, sendo esta que a acompanha no seu dia-a-dia. O marido encontra-se a morar na mesma casa, mas não tendo qualquer tipo de relação emocional com a utente. São referidas dificuldades financeiras por parte da filha ao nível da terapêutica devido a não conseguir dar outra oferta com maior duração à mãe. A utente apresentava pouco ou nenhum discurso verbal (no início do acompanhamento), assim todas as perguntas realizadas na entrevista tiveram de ser respondidas pela filha.

Ao nível do contexto social a M. não possui relações significativas, isto devido à perda da capacidade do discurso espontâneo para com as outras pessoas, começou desde o seu diagnóstico a permanecer mais tempo em casa, tendo como passatempos ler, ir à missa, ajudar nas tarefas domésticas e passear com a filha. Durante 20 anos foi auxiliar no CHTMAD, EPE no DPSM, reformando-se por invalidez desde o diagnóstico da C.H.

No que toca ao percurso no CHTMAD, EPE o seu percurso clínico, após a primeira consulta com a Psiquiatra em 22 de Janeiro de 2009 na qual foi verificada deterioração cognitiva, atrofia cortico-sub-cortical, com agravamento da sintomatologia da C.H. através de encefalograma e TAC, foi encaminhada para a psicomotricidade aquando a chegada do Psicomotricista em Outubro de 2015.

Posto isto, as dificuldades indicadas na caracterização anamnésica sugeriam uma grande necessidade de terapia e de intervenção psicomotora, num plano terapêutico que considerasse as dificuldades da M., bem como trabalhar com a filha estratégias para implementar na sua rotina diária.

## 5.2. Projeto Terapêutico

### a) Caracterização Multidisciplinar: Psiquiatria e Neurologia

A elaboração do perfil intra-individual contou com a informação recolhida através da avaliação psicomotora mas também com a informação fornecida pela Psiquiatra que acompanha a utente, bem como do neurologista apresentando-se de seguida os respetivos resumos.

Quanto à informação cedida pela Psiquiatra, esta reporta que as manifestações da C.H. encontram-se bastante marcadas e forneceu informação relativamente à medicação 600mg de quetiapina por dia (anti psicótico atípico); 2 injetáveis mensais de haloperidol (controlar a agitação, agressividade, estados maníacos e psicose); 20mg olanzapina por dia (anti psicótico); 1 comprimido diário para a osteoporose, sendo que as manifestações psiquiátricas encontram-se controladas, sem qualquer manifestação desde o seu internamento.

A informação por parte do neurologista informa perda da capacidade cognitiva, com pouca autonomia e com necessidade do apoio da filha para as suas tarefas diárias. Sendo que a medicação por vezes é alterada devido aos movimentos coreicos.

## **b) Instrumentos e condições de avaliação**

No início do percurso terapêutico foi realizada uma avaliação formal constituída pelos seguintes instrumentos: Mini-Mental State Examination (MMSE), versão traduzida e validada para a população portuguesa; a Escala de Barthel; e a Escala de Cornell para a Depressão na Demência. Foi realizada também uma avaliação informal através da aplicação de alguns itens da BPM para retirar dados e definir um perfil intra-individual que considerasse as áreas psicomotoras mais problemáticas e que careciam de especial atenção. De referir, que a tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, as provas foram parcialmente realizadas ou não realizadas no total.

A MMSE foi aplicada para rastrear a demência para estimar a severidade da perda cognitiva em um momento específico e seguir o curso de mudanças cognitivas através do tempo, tal como afirma Folstein (1998). A Escala de Barthel foi aplicada para saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal). Por fim, a escala de Cornell para a Depressão na Demência constituída por 19 itens pretende indicar o nível de depressão por parte do utente.

### c) Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada em 20/09/2015 e foram aplicados diferentes questionários, nos quais foram obtidos os seguintes resultados:

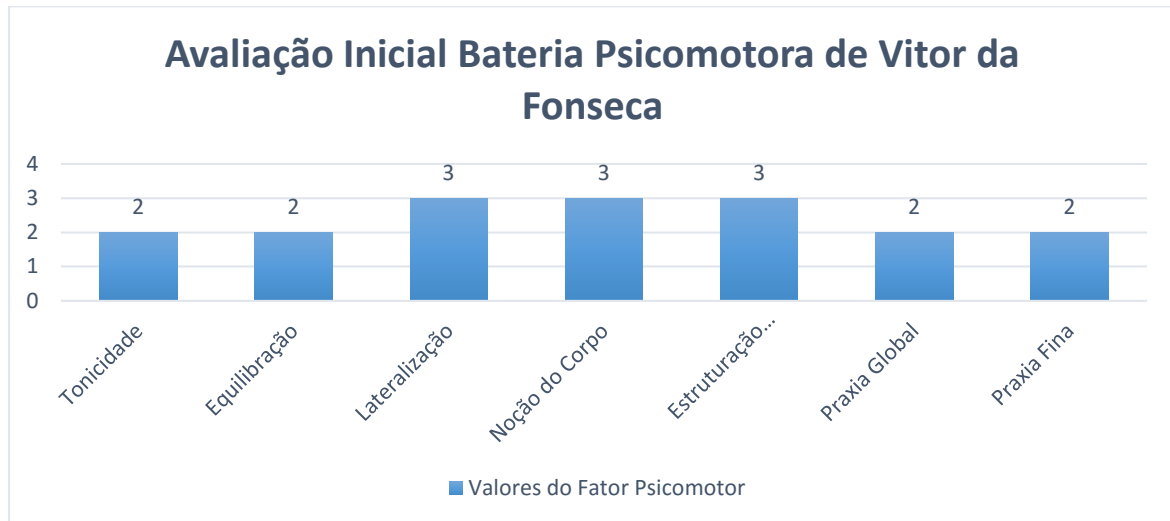


Gráfico 2 - Avaliação Inicial BPM

De salientar, relativamente à BPM que a utente ao nível do aspeto somático corresponde a um perfil mesomorfo, apresenta um desvio postural ao nível do ombro esquerdo, conseguindo realizar inspirações e expirações de forma apropriada, mas não conseguindo permanecer em apneia. Apenas alguns dos itens de cada fator foram aplicados, tendo em conta a utente

#### **Tonicidade**

Relativamente ao grau de tonicidade a utente apresenta um perfil hipotónico, uma vez que se apresenta apática, com dificuldades na linguagem expressiva. Na sub tarefa da passividade o técnico verificou na utente, em pé, os membros superiores não estando descontraídos e pendentes, Assim, foi notória uma dificuldade em realizar movimentos pendulares, revelando uma rigidez muscular em momentos de relaxação.

Nas tarefas relativas às diadococinésias a utente realizou movimentos de pronação e supinação com movimentos descoordenados e lentificados.

## ***Equilibração***

De entre os subfatores da equilibração podemos contar a **imobilidade**, o **equilíbrio estático** e o **equilíbrio dinâmico**.

Relativamente à imobilidade, que diz respeito ao controlo da postura durante 60 segundos com os olhos fechados, a utente não conseguiu manter-se imóvel apresentando insegurança significativa e reequilibrações posturais, também explicados pelos movimentos involuntários da coreia.

A utente realizou a uma marcha descontrolada, apresentando desvios direcionais. Na atividade de evolução na trave para a frente, a utente não conseguiu manter o equilíbrio demonstrando pausas e reequilibrações frequentes.

## ***Lateralização***

Este fator compreende a lateralização ocular, manual, e pedal, nas quais a M. apresentou um perfil destro, ou seja, demonstrou que o seu lado dominante é o direito.

## ***Noção do Corpo***

Deste fator fazem parte cinco subfatores: no primeiro (sentido cinestésico), a utente estando de olhos fechados tem de perceber quais as áreas do corpo que estão a ser tocadas pelo técnico, nesta tarefa nomeou 16 dos 16 pontos tácteis da prova. Em relação ao reconhecimento direita-esquerda, acertou 8 das 8 instruções. Na imitação de gestos a utente reproduziu 3 das 8 imagens exemplificadas, não conseguindo demonstrando a realização das figuras com proporção e angularidade. Por último, no desenho do corpo, reproduziu um desenho da imagem corporal.

## ***Estruturação Espaço-Temporal***

Na primeira (**organização espacial**), a utente completou a tarefa de contagem dos passos. Foi capaz de no mesmo trajeto dar mais 3 passos e dar menos 3 passos revelando demonstrando um bom planeamento motor.

Relativamente à **estruturação dinâmica**, a utente acertou apenas 3 das 6 tarefas revelando alguns sinais de dificuldades na memória a curto-prazo.

## ***Praxia Global***

São componentes do mesmo, o subfactor da coordenação óculo-manual, em que deve encestar uma bola quatro vezes num balde localizado em cima de uma cadeira, nesta

atividade conseguiu encestar 1 dos 4 lançamentos, apresentando um fraco planeamento motor e controlo tónico desajustado. A coordenação óculo-pedal, em que tinha de fazer um remate e colocar a bola entre as pernas de uma cadeira não conseguiu acertar nenhum dos 4 remates, apresentando um descontrolo motor, não percebendo a necessidade calcular a força no momento do remate. No que se refere à dismetria, e atendendo ao fato da mesma estar relacionada com os dois subfactores anteriores, obteve uma realização em que se observaram movimentos dismétricos.

### **Praxia Fina**

Na **coordenação dinâmica manual**, a utente realizou a tarefa em 9 minutos e 30 segundos, apresentando um movimento de pinça irregular.

No subfactor **tamborilar**, realizou sequencialmente os movimentos, embora de forma lentificada.

Por fim, a utente foi capaz de realizar 3 pontos e 8 cruces. Esta tarefa de **velocidade-precisão** permitiu verificar a existência de um desadequado planeamento motor e de uma lentificação psicomotora, justificado também pela manifestação da sintomatologia da C.H.

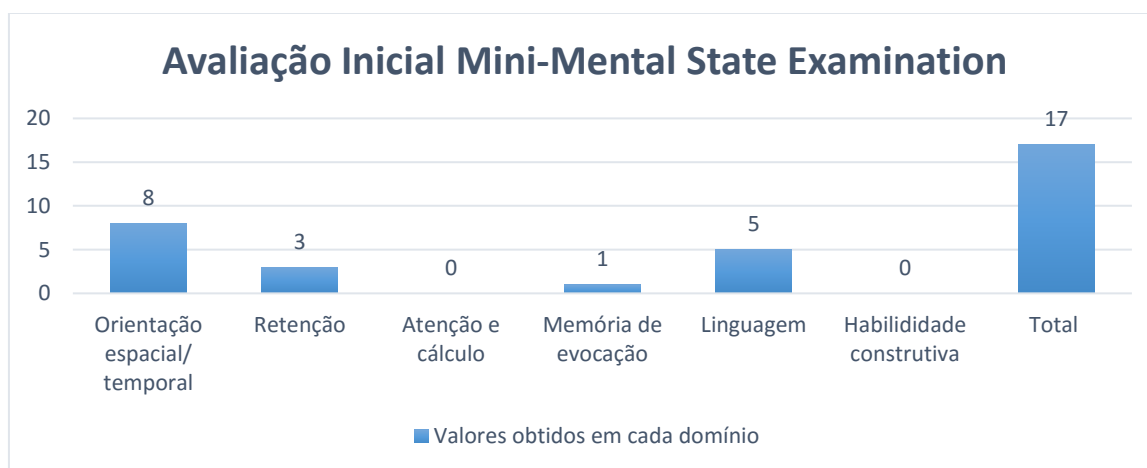


Gráfico 3 - Avaliação Inicial MMSE

No que toca à pontuação total da MMSE, a utente apresentou um score total 17 pontos, correspondendo a um perfil  $\leq 22$  indicando 1 a 11 anos de escolaridade, segundo os pontos de “corte” elaborados. Na área da orientação espacial/temporal, apenas não foi capaz de responder em que andar estava e em que distrito se situava Vila Real. Na área retenção foi capaz de repetir as três palavras referidas pelo técnico. Na área atenção e cálculo, não foi capaz de subtrair nenhum número, demonstrando dificuldades evidentes

no cálculo, tanto na soma como na subtração. Na área memória de identificação apenas foi capaz de referir uma das palavras ditas anteriormente. Na área linguagem, conseguiu repetir as diferentes frases expressas pelo técnico, apesar de a utente não manter um discurso fluído. Por fim, na área habilidade construtiva, não conseguiu minimamente reproduzir o desenho, com alterações da forma e da proporção visíveis.

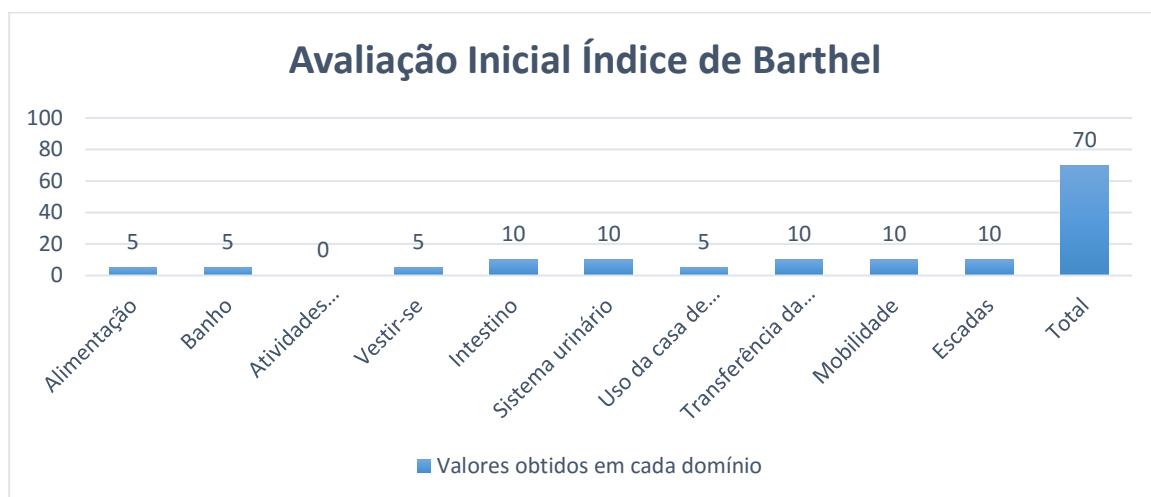


Gráfico 4 - Avaliação Inicial Índice de Barthel

Através da aplicação do Índice de Barthel, foi possível verificar o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda, seja esta física ou verbal, apresentando um total de 70 pontos em 100 possíveis, situando-a no ponto de “corte” de dependência moderada.

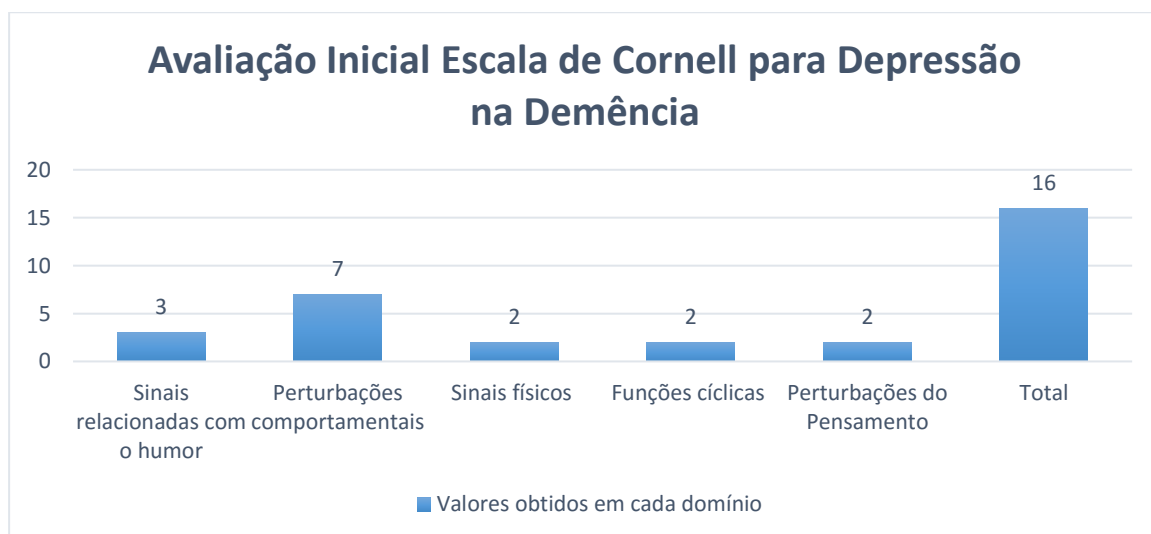


Gráfico 5 - Avaliação Inicial da Escala de Cornell para Depressão na Demência

Na aplicação da Escala de Cornell foi possível verificar os sintomas depressivos presentes na utente, ou seja, apresenta um total de 16 pontos que indicam uma provável depressão *major*.

#### d) Perfil Intra-individual

Após a avaliação inicial foi possível estabelecer-se um perfil individual da utente, estabelecendo áreas fortes e fracas que são determinantes para a criação do plano de intervenção psicomotora.

		<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas Fracas</b>	
<b>Domínios</b>	Psicomotor	Noção do Corpo	Tonicidade	
		Estruturação Espaço-Temporal	Equilibração	
			Praxia Global	
	Cognitivo	Tolerância à frustração	Praxia Fina	Memória Percetiva
			Memória verbal	
			Expressão verbal	
			Capacidade de Imitação	
	Sócio-emocional		Isolamento Social	
			Participação espontânea	

Tabela 23 - Perfil Intra-individual

#### e) Objetivos gerais e específicos

<b>Domínio psicomotor</b>	
<b>Desenvolver a capacidade de modulação tónica</b>	- Adequação do estado tónico face às exigências da atividade
<b>Promover o equilíbrio estático e dinâmico</b>	- Potenciar o equilíbrio estático em apoio unipedal; - Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas. - Promover a evolução na trave para a frente

<b>Manter a praxia global</b>	- Promover a coordenação óculo-manual - Potencializar a coordenação óculo-pedal
<b>Promover a praxia fina</b>	- Realizar o movimento de pinça; - Executar tarefas quotidianas simples (abotoar; apertar cordões)
<b>Domínio Cognitivo</b>	
<b>Estimular a memória</b>	- Melhorar a memória perceptiva e episódica; - Melhorar a evocação de memória verbal.
<b>Promover a expressão verbal</b>	- Descrever situações do quotidiano;
<b>Domínio Sócio-afetivo</b>	
<b>Potenciar a diminuição do isolamento social</b>	- Potenciar competências para as relações com pares
<b>Potenciar a participação espontânea</b>	- Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas - Participar na escolha das atividades

*Tabela 24 - Objetivos gerais e específicos*

## f) Programa Terapêutico

No seguimento dos objetivos delineados o processo terapêutico iniciou-se com atividades mais estruturadas, para que existisse uma rotina de sessão. Ao longo da intervenção, as atividades tenderam a ser menos diretivas também devido ao estabelecimento de uma comunicação que no início não existia.

Após a avaliação realizada, foi possível verificar dificuldades notórias ao nível da coordenação motora, do equilíbrio, dos movimentos de pinça e da memória. Assim, a terapêutica foi de encontro às necessidades da utente tendo em conta a sua patologia neurodegenerativa começando com atividades de que envolvessem o corpo em movimento em que a utente estivesse sujeita a reequilibrações durante o percurso e depois com atividades sentada em que realizasse movimento de pinça como abotoar, colocar pinos, etc. O início e o fim da sessão eram momentos em que o técnico realizava questões para promover a comunicação técnico-utente, tendo enfoque a memória a curto-prazo.

A utente no início da intervenção apresentava baixa capacidade comunicativa e de expressão, o estagiário optou por tomar a iniciativa de realizar questões à utente de resposta direta, para que esta respondesse com maior facilidade, sentindo-se confortável na sessão. O contacto existiu sempre que era necessário para dar apoio à utente, pois esta revelava medo em algumas das atividades.

A comunicação constituiu um fator importante durante o processo terapêutico, uma vez que a M. não era capaz de estabelecer um diálogo. O técnico necessitou de realizar continuamente questões para obter respostas, sempre com feedback dado à utente para que esta comesçasse a comunicar autonomamente.

O programa terapêutico propôs 20 sessões com início em novembro e finalizando em abril, com frequência semanal e 45 minutos de sessão. As estratégias delineadas pelo estagiário tiveram em consideração os objetivos programados para a intervenção, no qual serão trabalhados através das seguintes atividades:

<b>Número de sessões</b>	<b>Objetivos específicos</b>
<b>primeira à 5ª</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a coordenação óculo-manual e pedal;</li> <li>- Potenciar o equilíbrio estático;</li> <li>- Realizar o movimento de pinça;</li> <li>- Melhorar a memória perceptiva.</li> </ul>
<b>6ª à 12ª</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a descrição de situações do quotidiano;</li> <li>- Participar na escolha das atividades;</li> <li>- Potenciar a evolução na trave para a frente;</li> <li>- Adequar o estado tónico à atividade.</li> </ul>
<b>13ª à 20ª</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a coordenação óculo-manual e pedal;</li> <li>- Potenciar o equilíbrio estático;</li> <li>- Promover a capacidade de identificação das atividades significativas;</li> <li>- Melhorar a evocação da memória verbal.</li> </ul>

*Tabela 25 - Objetivos desenvolvidos ao longo das sessões*

As sessões seguem uma orientação delineada pelo técnico ao longo da intervenção, ou seja:

- **Diálogo Inicial:** É realizada uma conversa inicial onde é perguntado à utente qual a data, o dia da semana e o estado do tempo.

**Estratégia:** Verbalização; Descoberta guiada

- **1ª Atividade:** A utente realiza um circuito delineado pelo técnico, no qual ultrapassa diferentes obstáculos e transporta objetos com textura e tamanho diferente, sendo que no fim do circuito é perguntado qual a tarefa que foi indicada no início.

Estratégia: Verbalização; Descoberta guiada

- 2º Atividade: A utente realiza enfiamentos/abotoamentos com peças de tamanho e formas diferentes.

Estratégia: Verbalização; Descoberta Guiada

- 3º Atividade: Existem conjuntos de cartões nas quais as sequências estão incompletas, sendo que a utente tem, de completar a na sequência com o cartão correspondente, bem como representar a ação do cartão em falta.

Estratégia: Verbalização; Descoberta guiada

- Relaxamento: São realizadas, com uma bola, massagens à utente ao longo dos membros, bem como indicando para realizar ciclos respiratórios à ordem do técnico.

Estratégia: Verbalização; Ajuda física

- Diálogo final: É questionado à utente quais as atividades realizadas na sessão, o que foi trabalhado, bem como indicar quais as atividades mais interessantes para si.

Estratégia: Verbalização;

O plano terapêutico tem por base as dificuldades inerentes à doença neurodegenerativa, assim com a análise nessas dificuldades e segundo os objetivos delineados Probst, Knapen, Poot & Vancampfort (2010) indicam que a Intervenção Psicomotora deve ser orientada para a ação, na qual se trabalha essencialmente sobre o desenvolvimento da proficiência motora e cognitiva e no apoio ao desenvolvimento pessoal. As atividades são destinadas à aprendizagem, desenvolvimento, treino e/ou prática psicomotora, sensoriomotora, proficiências percetivas, cognitivas, sociais e emocionais. O foco desta intervenção são as capacidades motoras, coordenação óculo-manual, equilíbrio, coordenação espaço-temporal, perceção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, a supressão de passividade, alteração de comportamento, melhorando a atenção para com os outros, as proficiências sociais, aprender a colaborar, aprender a lidar com os sentimentos e emoções, aprender a aceitar responsabilidades e tornar-se capaz de se colocar no lugar do outro. Outras competências elementares, como aprender a relaxar, adquirir uma boa condição física, e adquirir regras básicas de comunicação também estão incluídas. Nesta intervenção, os clientes são capazes de adquirir uma maior capacidade de perceção, através da prática de exercício

físico. Este tem benefícios ao nível do bem-estar físico e mental, autoestima, humor e funcionamento executivo. Atualmente, a abordagem relativa a indivíduos com esquizofrenia é essencialmente focada numa intervenção orientada para a ação (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Em anexo (C) encontram-se exemplos dos planos das diferentes fases da intervenção, bem como os respetivos relatórios de sessão.

## g) Resultados

A avaliação final da M. decorreu nos dias 6 e 9 de maio, 17 sessões de intervenção após a avaliação inicial.

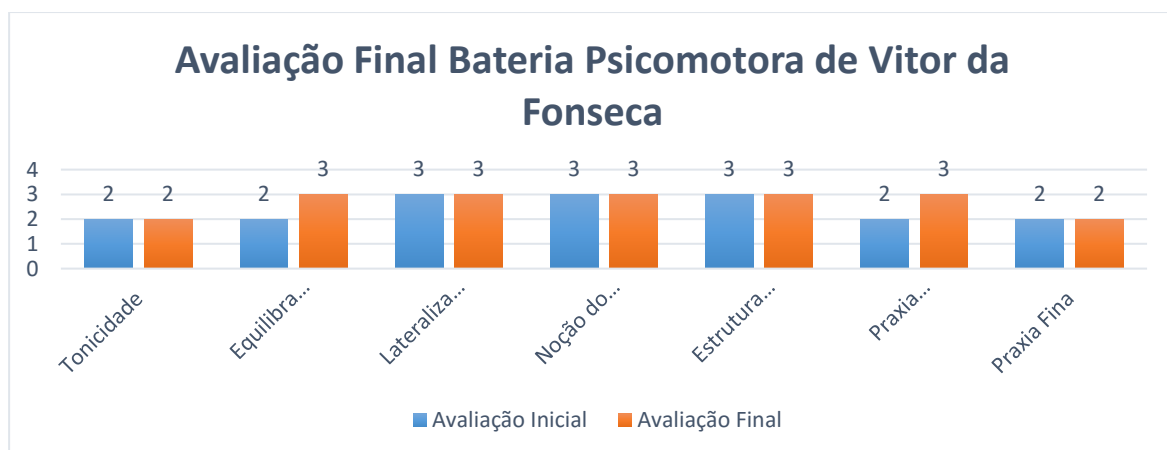


Gráfico 6 - Avaliação Final BPM

Apenas alguns dos itens de cada fator foram aplicados, tendo em conta a utente.

### **Tonicidade**

Relativamente ao grau de tonicidade a utente apresenta um perfil hipotónico, uma vez que se apresenta apática, com dificuldades na linguagem expressiva. Na subtarefa da passividade o técnico verificou na utente, em pé, os membros superiores não estando descontraídos e pendentes, Assim, foi notória uma dificuldade em realizar movimentos pendulares, revelando uma rigidez muscular em momentos de relaxação.

Nas tarefas relativas às diadococinésias a M. realizou movimentos de pronação e supinação com movimentos descoordenados e lentificados. Neste fator foi possível verificar uma manutenção da tonicidade, quando comparado com os valores da primeira

avaliação, sendo um dos fatores importantes tendo em conta a manifestação da sintomatologia da C.H.

### ***Equilibração***

De entre os subfatores da equilibração podemos contar a **imobilidade**, o **equilíbrio estático** e o **equilíbrio dinâmico**.

Relativamente à imobilidade, que diz respeito ao controlo da postura durante 60 segundos com os olhos fechados, a utente não conseguiu manter-se imóvel apresentando insegurança significativa e reequilibrações posturais, também explicados pelos movimentos involuntários da coreia.

Relativamente à marcha apresenta melhorias, sendo esta mais controlada do que no início apresentando na mesma desvios direcionais e alguma insegurança gravitacional. Na atividade de evolução na trave para a frente, a utente conseguiu manter o equilíbrio com reequilibrações, sendo que a percorre sem quedas e com a ajuda do técnico, algo que na primeira avaliação não foi capaz de realizar.

### ***Lateralização***

Este fator compreende a lateralização ocular, manual, e pedal, nas quais a M. apresentou um perfil destro, ou seja, demonstrou que o seu lado dominante é o direito.

### ***Noção do Corpo***

Deste fator fazem parte cinco subfatores: no primeiro (sentido cinestésico), a utente estando de olhos fechados tem de perceber quais as áreas do corpo que estão a ser tocadas pelo técnico, nesta tarefa nomeou 16 dos 16 pontos tácteis da prova. Em relação ao reconhecimento direita-esquerda, acertou 8 das 8 instruções. Na imitação de gestos a utente reproduziu 3 das 8 imagens exemplificadas, não conseguindo demonstrando a realização das figuras com proporção e angularidade. Por último, no desenho do corpo, reproduziu um desenho da imagem corporal. Valores mantidos quando comparados com a primeira avaliação.

### ***Estruturação Espaço-Temporal***

Na primeira (**organização espacial**), a utente completou a tarefa de contagem dos passos. Foi capaz de no mesmo trajeto dar mais 3 passos e dar menos 3 passos revelando demonstrando um bom planeamento motor.

Relativamente à **estruturação dinâmica**, a utente acertou apenas 3 das 6 tarefas revelando alguns sinais de dificuldades na memória a curto-prazo.

### ***Praxia Global***

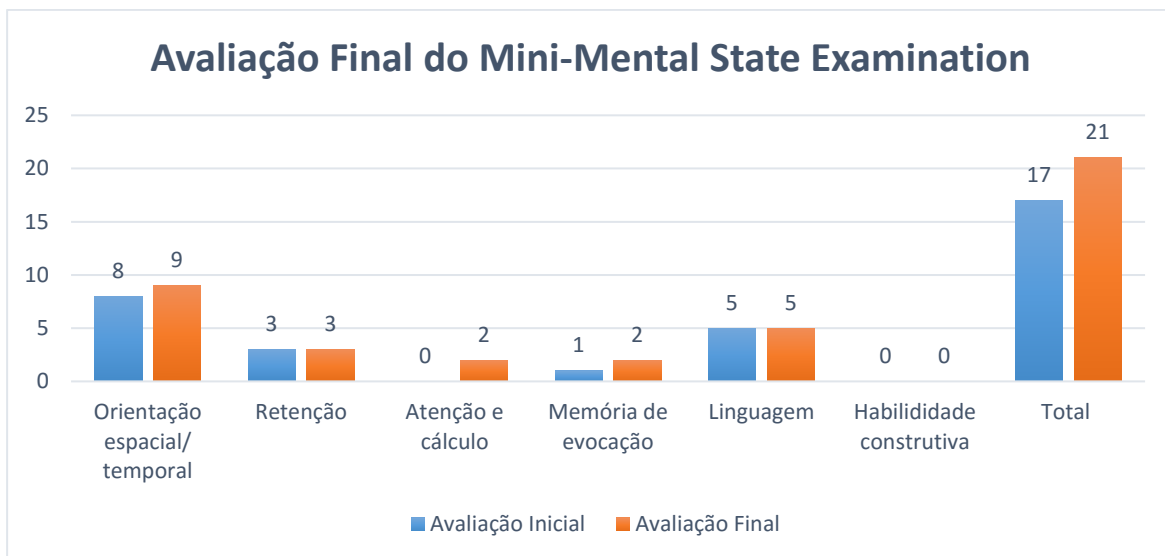
São componentes do mesmo, o subfactor da coordenação óculo-manual, em que deve encestar uma bola quatro vezes num balde localizado em cima de uma cadeira, nesta atividade conseguiu encestar 2 dos 4 lançamentos, apresentando uma melhoria no planeamento motor e controlo tónico, pois também foi capaz de verbalizar como o lançamento devia de ser realizado. A coordenação óculo-pedal, em que tinha de fazer um remate e colocar a bola entre as pernas de uma cadeira conseguiu acertar 2 dos 4 remates, apresentando um controlo motor, mesmo que deficitário. No que se refere à dismetria, e atendendo ao fato da mesma estar relacionada com os dois subfatores anteriores, obteve uma realização em que se observaram movimentos dismétricos, embora existindo uma melhoria na coordenação motora global comparando com a primeira avaliação.

### ***Praxia Fina***

Na **coordenação dinâmica manual**, a utente realizou a tarefa em 8 minutos e 50 segundos, apresentando um movimento de pinça irregular.

No subfactor **tamborilar**, realizou sequencialmente os movimentos, embora de forma lentificada.

Por fim, a utente foi capaz de realizar 6 pontos e 12 cruces. Esta tarefa de **velocidade-precisão** permitiu verificar a existência de um desadequado planeamento motor e de uma lentificação psicomotora, justificado também pela manifestação da sintomatologia da C.H. Foi possível verificar uma manutenção das suas capacidades ao nível das atividades de destreza manual.



*Gráfico 7 - Avaliação Final MMSE*

No que toca à pontuação total da MMSE, a utente apresentou um score total 21 pontos, correspondendo a um perfil  $\leq 22$  indicando 1 a 11 anos de escolaridade, segundo os pontos de “corte” elaborados. Na área da orientação espacial/temporal, apenas não foi capaz de responder em que andar estava, havendo a diferença de que conseguiu referir o distrito a que pertencia quando comparado com a primeira avaliação. Na área retenção foi capaz de repetir as três palavras referidas pelo técnico, tal como na anterior avaliação. Na área atenção e cálculo, foi capaz de subtrair dois números, mas demonstrando dificuldades evidentes no cálculo, tanto na soma como na subtração, tal como evidenciado na anterior avaliação. Na área memória de identificação apenas foi capaz de referir duas das palavras ditas anteriormente. Na área linguagem, conseguiu repetir as diferentes frases expressas pelo técnico, apesar de neste momento a utente manter um discurso com maior fluidez com o técnico. Por fim, na área habilidade construtiva, não conseguiu reproduzir o desenho, com alterações da forma e da proporção visíveis, tal como na anterior avaliação.

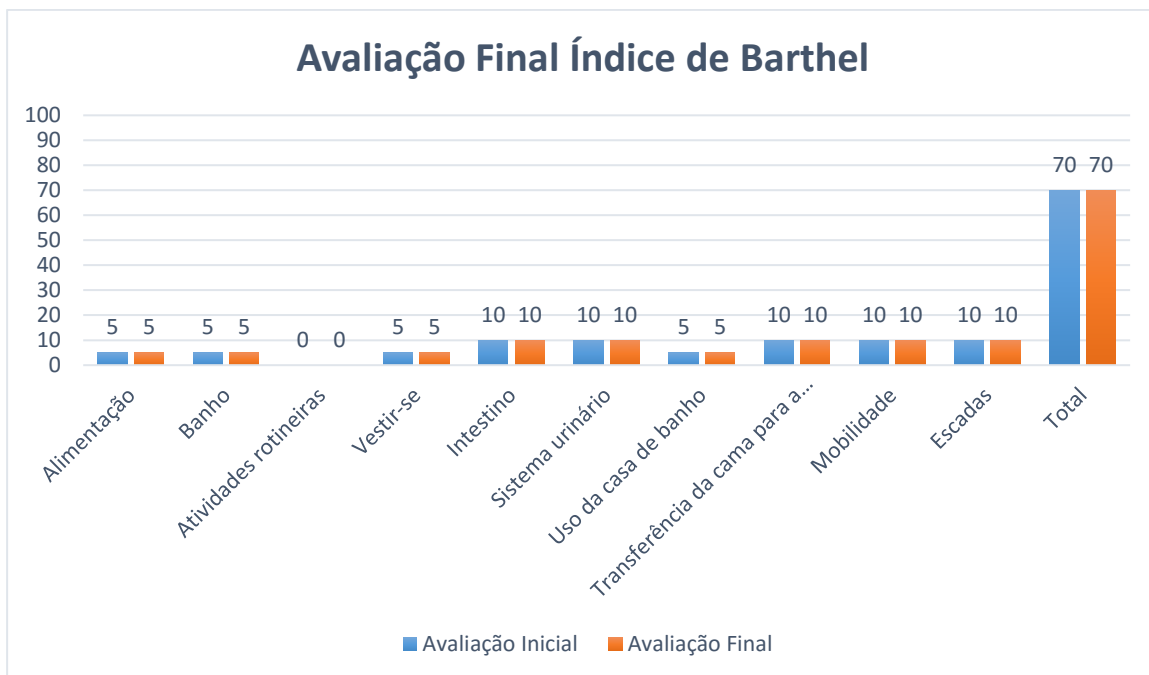


Gráfico 8 - Avaliação Final Índice de Barthel

Através da aplicação do Índice de Barthel, foi possível verificar o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda, seja esta física ou verbal, apresentando um total de 70 pontos em 100 possíveis, situando-a no ponto de “corte” de dependência moderada. Assim foi possível verificar a manutenção das suas atividades da vida diária, quando comparada a pontuação com a primeira avaliação.

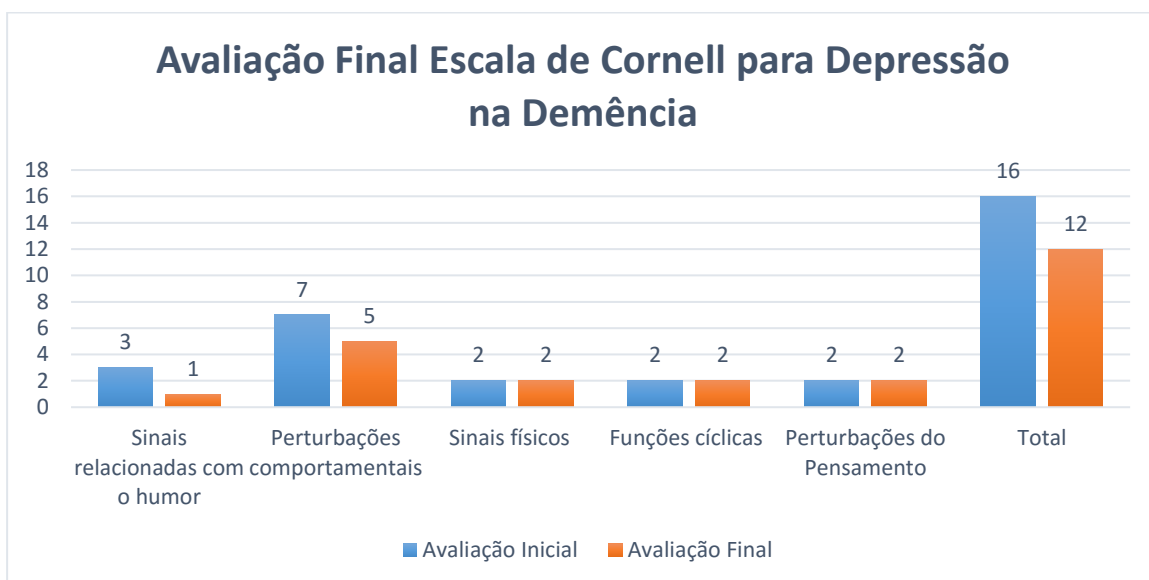


Gráfico 9 - Avaliação Final da Escala de Cornell para a Depressão na Demência

Na aplicação da reavaliação da Escala de Cornell foi possível verificar diferenças nos sintomas depressivos presentes na utente, ou seja, diminuiu o total de pontos passando de 16 para 12 pontos, embora indicando uma provável *depressão major*. Sendo verificadas diferenças nos sinais relacionadas com o humor e na área das perturbações comportamentais.

## h) Discussão dos resultados e conclusões

Com os resultados das escalas, tendo em conta a intervenção delineada, vai de encontro ao estudo de Vieira, Inácio, Fonseca e Caixeta (2011) que recomendam a intervenção terapêutica na C.H. como sendo fundamental para a pessoa, mesmo não existindo dados que favoreçam a melhoria das características presentes da doença, mas que ajudam a atrasar a manifestação das mesmas, devendo intervir nos aspetos funcionais do utente. Através da revisão de literatura foi percecionado que os sintomas iam evoluir, mas tal como foi possível verificar um programa terapêutico, como o desenvolvido por Vieira, Inácio, Fonseca e Caixeta (2011) poderão manter sua independência nas AVD por mais tempo, alcançando uma melhora subjetiva na qualidade de vida e uma maior motivação (Vieira, Inácio, Fonseca e Caixeta, 2011).

Segundo Klager et al., (2008) indicam áreas fundamentais como a autonomia, bem-estar, competências motoras, tal como a intervenção psicomotora desenvolvida com a utente.

O objetivo desta intervenção passou também pela manutenção das capacidades de equilíbrio, da coordenação motora, do ajuste do tônus muscular e do relaxamento, tal como foi possível verificar no estudo de Quinn e Busse (2009). Seguindo a intervenção destes mesmos autores a reabilitação precoce é um dos fatores preventivos para a perda de funcionalidade no seu quotidiano, sendo a intervenção psicomotora também uma das terapias que traduzem efeitos benéficos para o utente.

Segundo o estudo de Ho, Gilbert, Mason, Goodman e Barker (2009) refere também que a intervenção na sua dimensão física, cognitiva e emocional mantém o equilíbrio e uma maior amplitude dos movimentos globais, tal como foi organizada a intervenção do estagiário. A intervenção na sintomatologia depressiva é também importante, tal como demonstra o estudo de Helder, Kaptein, Van Kempen, Van Houwelingen e Roos (2001) uma vez que diminui a dependência nas atividades da vida diária e na sua participação social.

Com esta intervenção foi possível verificar a manutenção das capacidades da utente, também indo de encontro ao estudo de Helder et al., (2001) e Ho et al., (2009) que mencionam uma intervenção multidisciplinar na utente e de suporte para a manutenção das suas competências e/ou atraso dos défices neurodegenerativos da C.H.

A utente manteve as suas capacidades motoras e cognitivas devido a uma intervenção holística, visando a importância da estruturação das sessões, dando uma segurança à utente que promoveu um maior diálogo técnico-utente. As atividades psicomotoras de movimentos globais permitiram que a utente se focasse na sua mobilidade, focando-se na perceção do movimento e reajustando a sua posição corporal devido aos movimentos coreicos da patologia. Os feedbacks fornecidos à utente durante a realização das atividades permitiram que esta planeasse o seu movimento para ultrapassar os diferentes obstáculos dos percursos psicomotores e que verbalizasse como deveria executar o seu movimento, bem como o posicionamento do seu corpo. As atividades de destreza manual permitiram à utente desempenhar tarefas da vida diária, não perdendo competências.

A intervenção psicomotora delineada foi ao encontro não da sintomatologia da patologia, mas sim na importância do bem-estar físico, cognitivo e social da utente. As dificuldades que se mantiveram são explicadas pela patologia, uma vez que a medicação é alterada com alguma frequência.

## 6. Estudo de caso II J.

### 6.1. Caracterização anamnésica

O J. é uma criança do sexo masculino, com 8 anos, nascido a 09 de maio de 2008 e acompanhada no CHTMAD, EPE desde Outubro de 2011, data da primeira consulta no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

O pedido de consulta foi efetuada pela educadora da escola, em resultado do atraso na aquisição das competências esperadas para a idade. O diagnóstico atribuído pelo Pedopsiquiatra foi de Atraso Global do Desenvolvimento. É também seguida pelo Departamento de Fisiatria uma vez por semana no qual intervém 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 terapeuta da fala.

O primeiro sinal de alarme para os pais, ocorreu por volta dos três anos, devido à baixa coordenação motora, uma vez que chocava contra os objetos, pelo atraso na linguagem, por alguns movimentos repetitivos que apresentava e pela falta de controlo de esfíncteres.

Entrou para o infantário com 2 anos, no qual se relacionava com todas as pessoas, tanto crianças como adultos, mas sempre apresentando dificuldades na sua expressão verbal. Assim, com estas dificuldades expressas aos 3 anos a educadora referenciou a criança devido a apresentar padrões abaixo do esperado para a idade. O J. é referenciado para o Serviço de P.I.A. do CHTMAD, EPE como uma criança apresentando dificuldades na coordenação motora, linguagem e fraca expressão gráfica. Em resultado da consulta de desenvolvimento de 25 de Outubro de 2011, o J. foi diagnosticado com atraso global do desenvolvimento psicomotor com alterações qualitativas do espectro autista, ao nível da relação, do movimento do corpo, utilização de objetos, comunicação verbal e não-verbal e perturbação da coordenação.

Do relatório médico também é referido as dificuldades significativas na linguagem, comportamentos estereotipados e a observação de agitação motora.

## **6.2. Projeto Terapêutico**

### **a) Caracterização Terapêutica**

O J., neste momento, vive com os pais e a irmã mais velha na mesma casa. A mãe é auxiliar numa escola secundária de vila real e o pai empregado de balcão. Estes, descrevem-no como uma criança carinhosa, capaz de se relacionar com as outras crianças, sendo que tem dificuldade na sua participação nas atividades devido à falta de coordenação motora. É também referido dependência nas suas tarefas diárias, mas por falta de tempo durante o período da manhã para cumprir os horários escolares.

O J. é reencaminhado para a psicomotricidade, numa consulta de acompanhamento por parte do pedopsiquiatra, no qual indicou a importância da terapia psicomotora neste caso, solicitando a avaliação psicomotora, bem como posterior acompanhamento do caso. Nos exames médicos realizados não foram detetados outros défices neurológicos ou sensoriais. Neste momento, encontra-se inserido nas necessidades educativas especiais. Os pais referiram que o J. apresenta um bom processo de aprendizagem, mas que os preocupa a fraca coordenação motora global e fina.

### **b) Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada em 20 de Novembro de 2015 e obtiveram-se os seguintes resultados:

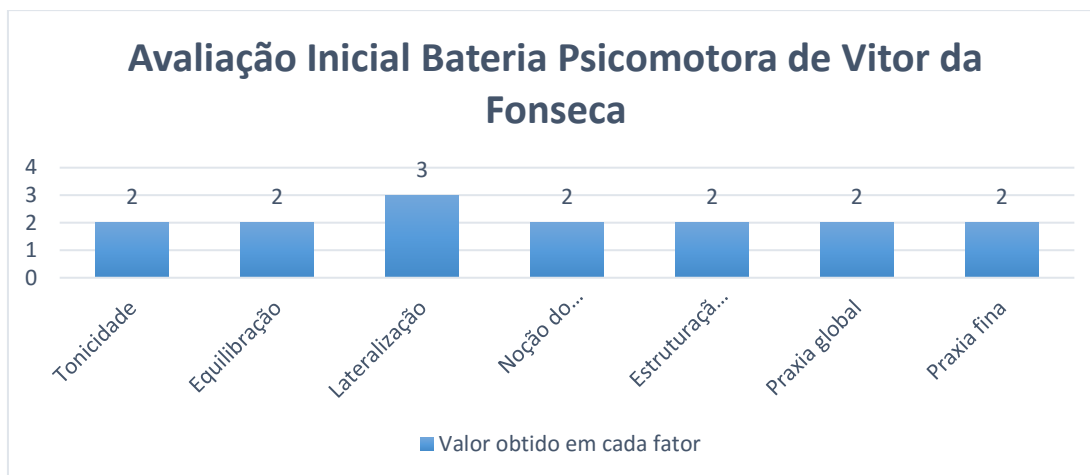


Gráfico 10 - Avaliação Inicial BPM

De salientar, relativamente à BPM que o J. apresenta um perfil abaixo do esperado revelando dificuldades em todos os fatores psicomotores avaliados. Ao nível do aspeto somático corresponde a um perfil ectomorfo, não apresentando desvios posturais, conseguiu realizar inspirações e expirações de forma apropriada, mas não conseguiu permanecer em apneia.

### **Tonicidade**

Relativamente ao grau de tonicidade a criança apresenta um perfil hipotónico, uma vez que se apresentou pouco exploradora do espaço. Ao nível da extensibilidade dos membros inferiores, a criança teve de promover o maior afastamento possível das pernas, tarefa que conseguiu efetuar atingindo uma amplitude de aproximadamente de 120°, de cúbito dorsal, a criança teve de elevar as pernas e fletir as coxas sobre a bacia, aproximadamente 100°, mais uma vez a criança deitada em cúbito vertical deve fletir as pernas até atingir a vertical, o técnico afasta-as lateralmente e exteriormente, medindo a distância do bordo exterior do pé ao solo e a distância da linha média dos glúteos e calcanhar de cada pé, nesta tarefa a criança conseguiu uma distância de aproximadamente 5cm.

Na subtarefa da passividade o técnico verificou na criança, em pé, os membros superiores não estando descontraídos e pendentes, em relação aos membros inferiores a criança encontra-se sentada numa mesa, ficando com os pés suspensos mobilizando-se as pernas de modo a observar a oscilação pendular das pernas, nesta ação a criança não

revelou descontração muscular. Assim, foi notória uma dificuldade em realizar movimentos pendulares.

A criança na paratonia relacionada com os membros inferiores revela tensões, bloqueios e resistências nas manipulações. No que remete para os membros superiores, a criança revela também essas mesmas características.

Nas tarefas relativas às diadococinésias a criança conseguiu realizar movimentos de pronação e supinação com ligeiro desvio do antebraço e com ligeiro desvio afastamento do cotovelo.

Por último, na materialização das tarefas referentes às sincinesias a criança apresenta sincinesias bucais não inibindo tal movimento e apresenta sincinesias contralaterais.

## **Equilibração**

De entre os subfactores da equilibração podemos contar a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico.

Relativamente à imobilidade, que diz respeito ao controlo da postura durante 60 segundos com os olhos fechados, a criança apenas conseguiu manter-se com os olhos fechados durante 5 segundos, assim verificando-se reequilibrações abruptas e insegurança gravitacional.

No subfactor equilíbrio estático, a criança tem de realizar três provas de 20 segundos mantendo os olhos fechados. Nestas três provas a criança não conseguiu permanecer de olhos fechados em nenhuma das tarefas, revelando insegurança e um reajustamento postural contínuo.

Por fim, foram postas em prática as atividades referentes ao subfactor equilíbrio dinâmico que incluem: marcha controlada, evolução na trave (frente, trás, direita e esquerda), saltos com apoio unipedal (pé-coxinho esquerdo e direito) e saltos a pés juntos (frente, trás e com olhos fechados). Na primeira tarefa, a criança realizou uma marcha controlada sobre uma linha, apresentando algum desvio e ligeiras reequilibrações. Nas atividades de evolução na trave, a criança não conseguiu realizar o percurso, evidenciando sinais disfuncionais óbvios. Nos saltos com apoio unipedal a criança não consegue realizar os saltos unipedais, pois não é capaz de realizar o salto. Na subtarefa dos saltos a pés juntos, para a frente, para trás e a pés juntos de olhos fechados a criança realizou a tarefa, sendo visível as dificuldades de controlo postural e de insegurança.

## **Lateralização**

Este fator compreende a lateralização ocular, auditiva, manual, e pedal, nas quais a criança apresenta uma lateralização definida, com um perfil destro.

## **Noção do Corpo**

Deste fator fazem parte cinco subfatores: no primeiro (sentido cinestésico), a criança estando de olhos fechados tem de perceber quais as áreas do corpo que estão a ser tocadas pelo técnico, nesta tarefa a criança 10 dos 18 pontos tácteis da prova. Em relação ao reconhecimento direita-esquerda, a criança demonstrou hesitação e uma confusão permanente. Remetendo para a auto-imagem, a criança conseguiu com os olhos fechados acertou duas vezes com o dedo na ponta do nariz, revelando movimentos dismétricos. Na imitação de gestos a criança não conseguiu reproduzir as imagens exemplificadas, demonstrando falta de atenção ao que estava a ser realizado, descoordenação motora e hesitação. Por último, no desenho do corpo, a criança apresenta um desenho com pobreza em partes anatómicas.

## **Estruturação Espaço-Temporal**

Da estruturação espaço-temporal fazem parte quatro subfatores e são eles: a organização espacial, a estruturação dinâmica, a representação topográfica e a estruturação rítmica.

Na primeira (organização espacial), a criança não completou a tarefa, demonstrando retenção no número de passos e de ajustamento direcional na tarefa.

Relativamente à estruturação dinâmica, a criança realizou 2 das 7 tarefas.

Já na representação topográfica, a criança realizou a trajetória com frequentes hesitações e interrupções revelando um atenção diminuta e um planeamento motor fraco.

A estruturação rítmica a criança realizou uma das quatro sequências com os batimentos pretendidos (maior intensidade e menor intensidade), relevando falta de ritmicidade e também podendo ser explicado pela falta de atenção.

## **Praxia Global**

São componentes do mesmo, o subfactor da coordenação óculo-manual, em que a criança deve encestar uma bola quatro vezes num balde localizado em cima de uma cadeira, nesta atividade a criança conseguiu encestar uma vez, apresentando um controlo visuomotor fraco e movimentos dispráxicos. A coordenação óculo-pedal, em que a criança tinha de fazer um remate e colocar a bola entre as pernas de uma cadeira conseguindo acertar duas vezes, apresentando um controlo visuomotor deficitário. No que se refere à dismetria, e atendendo ao fato da mesma estar relacionada com os dois subfatores anteriores, a criança obteve uma realização em que se observaram dismetrias e movimentos inibidos. A dissociação encerra o grupo de quatro subfatores pertencentes à praxia global, sendo que esta se subdivide em três tarefas, batimentos com as mãos, batimentos com os pés e prova de agilidade. Na concretização destas tarefas, a criança revela-se dispráxica. Na prova de agilidade apresentou um movimento dismétrico, dispráxico e displanificação motora.

### **Praxia Fina**

Na coordenação dinâmica manual, a criança não realizou a tarefa, revelando sinais de disfuncionais óbvios.

No subfactor tamborilar, a criança apresentou uma dificuldade na realização sequencial dos movimentos, revelando um fraco planeamento micromotor.

Por fim, a criança foi capaz de realizar 5 pontos e 8 cruces. Esta tarefa de velocidade-precisão permitiu verificar que existem sinais de lentidão micromotora.

### **c) Perfil Intra-individual**

Após a avaliação inicial foi possível estabelecer-se um perfil individual da utente, estabelecendo áreas fortes e fracas que são determinantes para a criação do plano de intervenção psicomotora.

		<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas Fracas</b>
<b>Domínios</b>	Psicomotor	Lateralização	Tonicidade
			Equilibração
			Noção do Corpo

			Estruturação Espaço-Temporal
			Praxia Global
			Praxia Fina
	Cognitivo	Tolerância à frustração	Memória Perceptiva
			Memória verbal
			Expressão verbal
			Capacidade de Imitação
	Sócio-emocional	Aceita sugestões e colabora nas tarefas	Isolamento Social
			Participação espontânea

Tabela 26 - Perfil Intra-individual

#### d) Objetivos gerais e específicos

Domínio psicomotor	
<b>Promover o equilíbrio estático e dinâmico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar o equilíbrio estático em apoio unipedal;</li> <li>- Promover o equilíbrio estático em diferentes alturas;</li> <li>- Percorrer o banco sueco para a frente.</li> </ul>
<b>Desenvolver a noção de corpo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a consciência dos limites e dos segmentos corporais;</li> <li>- Melhorar a consciência da localização topográfica dos segmentos;</li> <li>- Trabalhar e estabelecer o reconhecimento bilateral direita-esquerda;</li> </ul>
<b>Desenvolver a praxia global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a representação gráfica de si.</li> <li>- Melhorar a coordenação óculo-manual</li> <li>- Potenciar a coordenação óculo-pedal</li> </ul>

<b>Promover a praxia fina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a integração visuo-manual;</li> <li>- Desenvolver destreza e precisão de movimentos;</li> <li>- Desenvolver as capacidades gráficas.</li> </ul>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
<b>Promover capacidade de atenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a identificar diferentes estímulos;</li> <li>- Reduzir a agitação motora.</li> </ul>
<b>Promover a expressão verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever situações do quotidiano;</li> </ul>
<b>Estimular a capacidade de imitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencializar a dramatização de papéis.</li> </ul>
<b>Domínio Sócio afetivo</b>	
<b>Estimular o desenvolvimento da linguagem e comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver capacidade de expressão;</li> <li>- Aumentar o tempo em diálogo;</li> <li>- Melhorar capacidade de se expressar verbalmente.</li> </ul>
<b>Potenciar a participação espontânea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na escolha das atividades.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver as capacidades de interação social;</li> <li>- Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras.</li> </ul>

*Tabela 27 - Objetivos gerais e específicos da intervenção*

## e) Programa Terapêutico

O J. iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade em novembro de 2015, com avaliação inicial realizada em duas sessões. A intervenção psicomotora foi estruturada para catorze sessões, seguidas novamente de uma avaliação final.

Durante o acompanhamento foi possível verificar a boa disposição por parte do J., bem como a participação de livre e espontânea vontade nas tarefas propostas pelo técnico, por outro lado, a compreensão dos jogos na maioria das vezes o técnico necessitou de desconstruir a instrução para o entendimento da atividade, isto também explicado pelo médio-baixo quociente de inteligência.

No início da intervenção o J. dispersava pela sala devido aos objetos expostos, manuseando os mesmos e perguntando sempre para que estes estavam no local, demonstrando alguma dificuldade de se organizar no espaço e manter atenção na tarefa indicada pelo técnico. Foi possível desde o primeiro contacto existir um reforço verbal por

parte do técnico para que a criança voltasse a reorganizar-se e ajustar novamente o seu comportamento.

Primeiramente, o técnico optou por organizar a criança no espaço e no tempo através de atividades ao gosto do J. em que envolvessem situações de jogo livre entre o técnico e a criança. Desta forma permitiu vivenciar tarefas com maior tempo de permanência na tarefa e com um período aumentado de atenção conjunta, respeitando sempre as tarefas propostas pelo J., mas também as atividades que o técnico indicava. Na maioria das tarefas desenvolvidas foi possível verificar ao longo das sessões um aumento da participação espontânea e chegando a um acordo na alternância da escolha das atividades para a sessão entre a criança e o técnico. Os jogos incidiram na experiência motora, sendo que no final da sessão era promovido um espaço de relaxamento.

Na segunda fase, o técnico optou por uma maior estruturação das sessões, orientando a criança para um espaço previamente organizado, sempre tendo em conta os gostos e interesses expressos por parte do J. A escolha das tarefas foi também reduzida, promovendo uma menor tendência para dispersar durante a sessão, levando a uma organização e planeamento do seu ato motor. Nesta fase optou-se assim pelos jogos simbólicos

De referir, o gosto em realizar circuitos psicomotoras, mas também em tarefas de mesa, uma vez que indicou agora a vontade de realizar as atividades grafo-motoras de forma mais controlada.

As estratégias ao longo da intervenção basearam-se no estabelecimento de uma relação de confiança, estruturar as sessões partindo de tarefas mais simples para as mais complexas, complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário, facilitando a sua compreensão, fornecer feedbacks relativos ao desempenho e incentivar comportamentos positivos durante a concretização das atividades e utilizar objetos mediadores da atividade, que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento.

Como estratégias de intervenção no que toca à interação técnico-utente, o técnico recorreu à dinamização de jogos que exijam jogar em simultâneo. Para estimular o desenvolvimento da linguagem e da comunicação, foram utilizadas frases claras, de fácil entendimento e situações que promovessem a necessidade de a criança comunicar com o técnico, e o incentivo à expressão verbal por parte da criança. Foram também utilizados jogos e materiais do gosto da criança, procurou-se também organizar a criança no tempo e no espaço. Os jogos a pares foram também uma das estratégias utilizadas visando a ação dividida promovendo a comunicação recíproca.

## f) Resultados

A avaliação final foi realizada em 20 de Maio de 2016 e obtiveram-se os seguintes resultados:

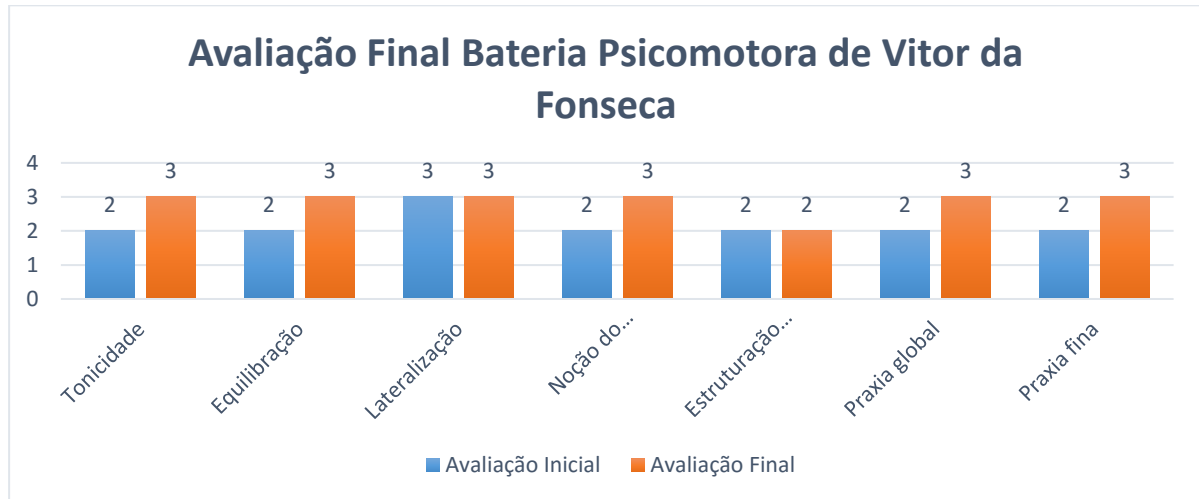


Gráfico 11 - Avaliação Final BPM

### **Tonicidade**

Relativamente ao grau de tonicidade a criança apresenta um perfil hipertónico, uma vez que se apresentando-se exploradora do espaço, facto que tal não acontecia no momento da avaliação inicial. Ao nível da extensibilidade dos membros inferiores, a criança teve de promover o maior afastamento possível das pernas, tarefa que conseguiu efetuar atingindo uma amplitude de aproximadamente de 140°, de cúbito dorsal, a criança teve de elevar as pernas e fletir as coxas sobre a bacia, aproximadamente 120°, mais uma vez a criança deitada em cúbito vertical deve fletir as pernas até atingir a vertical, o técnico afasta-as lateralmente e exteriormente, medindo a distância do bordo exterior do pé ao solo e a distância da linha média dos glúteos e calcanhar de cada pé, nesta tarefa a criança conseguiu uma distância de aproximadamente 3cm. Verificando-se assim também melhorias.

Na subtarefa da passividade o técnico verificou na criança, em pé, os membros superiores estando descontraídos e pendentes, em relação aos membros inferiores a criança encontra-se sentada numa mesa, ficando com os pés suspensos mobilizando-se as pernas de modo a observar a oscilação pendular das pernas, nesta ação a criança não revelou descontração muscular. Assim, foi possível verificar movimentos pendulares, sendo que não acontecia no início.

A criança na paratonia relacionada com os membros inferiores não revelou tensões, nem bloqueios nas manipulações.

Nas tarefas relativas às diadococinésias a criança conseguiu realizar movimentos de pronação e supinação com ligeiro desvio do antebraço e com ligeiro desvio afastamento do cotovelo.

Por último, na materialização das tarefas referentes às sincinesias a criança continua a apresentar sincinesias bucais, mas não apresenta sincinesias contralaterais.

### ***Equilibração***

De entre os subfatores da equilibração podemos contar a **imobilidade**, o **equilíbrio estático** e o **equilíbrio dinâmico**.

Relativamente à imobilidade, que diz respeito ao controlo da postura durante 60 segundos com os olhos fechados, a criança apenas conseguiu manter-se com os olhos fechados durante 20 segundos, verificando-se ainda algumas reequilibrações mas conseguindo aumentar o tempo no equilíbrio estático.

No subfactor equilíbrio estático, a criança tem de realizar três provas de 20 segundos mantendo os olhos fechados. Nestas três provas a criança conseguiu permanecer de olhos fechados nas tarefas, revelando apenas alguma insegurança e um reajustamento postural.

Por fim, foram postas em prática as atividades referentes ao subfactor equilíbrio dinâmico que incluem: marcha controlada, evolução na trave (frente, trás, direita e esquerda), saltos com apoio unipedal (pé-coxinho esquerdo e direito) e saltos a pés juntos (frente, trás e com olhos fechados). Na primeira tarefa, a criança realizou uma marcha controlada sobre uma linha, tal já era verificado na primeira avaliação. Nas atividades de evolução na trave, a criança conseguiu realizar o percurso para a frente, mas continua a apresentar dificuldades na evolução lateral e para trás. Nos saltos com apoio unipedal a criança já consegue realizar os saltos unipedais, embora ainda manifestando algumas dificuldades. Na subtarefa dos saltos a pés juntos, para a frente, para trás e a pés juntos de olhos fechados a criança realizou a tarefa, sendo visível inseguranças apenas para a frente de olhos fechados.

### ***Lateralização***

Este fator compreende a lateralização ocular, auditiva, manual, e pedal, nas quais a criança ainda apresenta uma lateralização definida, mantendo um perfil destro.

### ***Noção do Corpo***

Ao nível do sentido cinestésico a criança a criança nomeou 16 dos 18 pontos tácteis da prova, melhorando desde a primeira avaliação. Em relação ao reconhecimento direita-esquerda, a criança demonstrou uma maior diferenciação da esquerda e da direita. Remetendo para a auto-imagem, a criança conseguiu com os olhos fechados acertou duas vezes com o dedo na ponta do nariz, revelando movimentos dismétricos, mantendo essa dificuldade. Na imitação de gestos a criança conseguiu reproduzir as 3 imagens exemplificadas, demonstrando ainda falta de atenção ao que estava a ser realizado e por vezes hesitação. Por último, no desenho do corpo, a criança apresenta um desenho com maior riqueza das partes anatómicas, aumentando a qualidade de representação do seu corpo no final da intervenção.

### ***Estruturação Espaço-Temporal***

Da estruturação espaço-temporal fazem parte quatro subfatores e são eles: a organização espacial, a estruturação dinâmica, a representação topográfica e a estruturação rítmica.

Na primeira (**organização espacial**), a criança não completou a tarefa, demonstrando retenção no número de passos e de ajustamento direcional na tarefa, sendo verificadas as mesmas dificuldades no cálculo.

Relativamente à **estruturação dinâmica**, a criança realizou 3 das 6 tarefas.

Já na **representação topográfica**, a criança realizou a trajetória com frequentes hesitações e interrupções revelando um atenção diminuta e um planeamento motor fraco, já verificado na primeira avaliação.

A **estruturação rítmica** a criança realizou uma das quatro sequências com os batimentos pretendidos (maior intensidade e menor intensidade), relevando falta de ritmicidade e também podendo ser explicado pela falta de atenção, não existindo melhorias.

### ***Praxia Global***

São componentes do mesmo, o subfactor da coordenação óculo-manual, em que a criança deve encestar uma bola quatro vezes num balde localizado em cima de uma cadeira, nesta atividade a criança conseguiu encestar três vezes, apresentando um melhor

controlo visuomotor e um movimento euprático. A coordenação óculo-pedal, em que a criança tinha de fazer um remate e colocar a bola entre as pernas de uma cadeira conseguindo acertar três vezes, apresentando um controlo visuomotor melhorado, quando comparado com a primeira avaliação. A dissociação encerra o grupo de quatro subfatores pertencentes à praxia global, sendo que esta se subdivide em três tarefas, batimentos com as mãos, batimentos com os pés e prova de agilidade. Na concretização destas tarefas, a criança revela-se ainda disprática. Na prova de agilidade apresentou um movimento disprático ainda.

### ***Praxia Fina***

Na **coordenação dinâmica manual**, a criança realizou a tarefa, em 2 minutos e 30 segundos, algo de salientar, pois na primeira avaliação, não foi capaz de realizar esta tarefa.

No subfactor **tamborilar**, a criança apresentou uma dificuldade na realização sequencial dos movimentos, revelando um fraco planeamento micromotor.

Por fim, a criança foi capaz de realizar 25 pontos e 15 cruces. Esta tarefa de **velocidade-precisão** permitiu verificar uma melhoria relativa à primeira avaliação, não sendo tão visível uma lentificação psicomotora.

## **g) Discussão dos resultados e conclusões**

Tendo em conta a pontuação obtida através da BPM é possível verificar a importância da intervenção psicomotora para este caso clínico. Na avaliação final a mãe referiu que a intervenção também contribuiu para um melhor desempenho das tarefas escolares, melhorando a sua caligrafia e uma subida das suas notas escolares. O J. continua uma criança meiga, capaz de interagir com as outras crianças, mas agora percebendo os objetivos que se encontram inerentes a cada atividade.

Assim analisando os dados da avaliação final comparativamente aos obtidos inicialmente ao nível da tonicidade e do equilíbrio o J. apresentou melhorias na capacidade de se manter na posição imóvel, não apresentando insegurança gravitacional, mesmo em tarefas que envolvam reajustes posturais tendo em conta superfícies irregulares. É também capaz de se manter por um período mais longo em apoio unipedal. Ao nível da lateralidade apresenta um perfil destro, tanto ao nível ocular, auditivo, manual e pedal. No fator noção do corpo registou-se uma grande evolução, ou seja, na organização das noções corporais,

no reconhecimento da direita-esquerda, e no desenho do corpo foi possível verificar diferenças na organização do mesmo, bem como a presença de mais elementos do corpo. Na estruturação espaço-temporal continua a apresentar grandes dificuldades nas tarefas de memória visual, no planeamento e execução da sua ação, sendo capaz de em curtos espaços se organizar, mas em tarefas de maior complexidade este ainda não é capaz de o realizar. Na praxia global existe uma maior coordenação motora, tanto manual como pedal, uma vez que o J. é capaz de realizar lançamentos e de pontapear bolas, algo que no início da intervenção este não era capaz. Por fim, na praxia fina, existe uma melhoria no controlo do seu traçado, bem como uma menor força aplicada, até demonstrando através da verbalização que não pode passar do limite do traçado, nem de exercer tanta força na escrita. A mãe referiu que o J. agora consegue escrever textos mais longos, não revelando cansaço, nem a letra é agora tão carregada como antes.

A sua dedicação e esforço nunca foram uma barreira durante a intervenção, uma vez que pedia sempre para realizar mais tarefas. De referir, a necessidade do estagiário, por vezes, em desconstruir a instrução por falta de compreensão da mesma por parte do J.. Assim os objetivos traçados foram de encontro às necessidades da criança verificando melhorias nos diferentes fatores psicomotores, salientando as capacidades do seu grafismo e o aumento da coordenação motora.

O J. sente-se mais seguro nas tarefas que desempenha, verificando-se também a nível escolar, com respostas mais claras e de encontro ao pretendido. As regras foram também trabalhadas com a criança, para que nos jogos com os amigos na escola este conseguisse participar.

Por fim, de referir que embora o J. tenha evoluído nos diversos fatores é aconselhado que este mantenha acompanhamento ao nível da intervenção, para dar resposta face às exigências escolares, bem como de reavaliações periodicamente.

Fundamentalmente esta intervenção focou-se na capacidade de a criança estar mais predisposta para as sessões e que esta aos poucos e poucos conseguisse realizar o *transfer* para a escola e melhorar o seu relacionamento com os pares. As atividades que se focaram nos movimentos globais foram delineadas, tendo em conta ações que este realizasse na sua vida quotidiana. As atividades de destreza manual promoveram uma melhoria na escrita e no seu grafismo, algo que preocupava a mãe do J. e referido também pela professora. Ao longo da intervenção a mãe referiu melhorias notórias na escola, que promoveram um melhor relacionamento na escola e no desempenho académico da língua portuguesa, melhorias referidas pela professora também.

## 8. Atividades complementares

Para além das competências exercidas no local de estágio (avaliação, planeamento, intervenção psicomotora, relatórios de sessão) foram realizadas outras atividades que se encontram descritas em tópicos abaixo.

### 8.1. Reuniões do Núcleo de Estágio

As reuniões do núcleo de estágio do ramo de aprofundamentos de competências em saúde mental decorreram semanalmente, às quintas-feiras, durante o ano letivo 2015/2016. No total realizaram-se 30 reuniões, com a importância de serem debatidas as temáticas desenvolvidas no local de estágio, apresentação de trabalhos sobre temas escolhidos pelos alunos, estudos de casos que promovessem a discussão de ideias e de objetivos terapêuticos, existindo assim uma partilha entre todos os elementos no núcleo de estágio. As temáticas abordadas nas reuniões foram: “Psicossomática e Psicomotricidade”, “Aspetos Psicodinâmicos da Infância”, “Dor Crónica”, “Uso de Psicofármacos” e os estudos de caso com perturbações desde o Atrasos Globais do Desenvolvimento, Doença de Coreia de Huntington, fatores relacionais, défices de mentalização, entre outros temas abordados.

As reuniões realizadas permitam a cada um dos presentes um aprofundamento do conhecimento, perceber os trabalhos desenvolvidos nas outras instituições pelos outros colegas, troca de informações, bem como uma reflexão conjunta em diversas temáticas.

### 8.2. Reuniões de equipa do CHTMAD, EPE

As reuniões de equipa do DPSM desenvolveram-se todas as quartas-feiras às 08h30. Nas reuniões foram debatidas questões sobre os utentes do internamento, ou seja, quais os psicofármacos a usarem, a evolução dos casos clínicos e delineação de intervenção. No mesmo seguimento de ideias, também eram debatidas as questões da consulta externa.

As reuniões de equipa do Departamento de P.I.A. desenvolveram-se todas as sextas-feiras às 11 horas e 30 minutos. Nas reuniões foram debatidos os casos clínicos, bem como a intervenção delineada.

Estar presente nas reuniões permitiu debater em equipa multidisciplinar, as intervenções mais adequadas, o que cada técnico das diferentes áreas estava a trabalhar e como o trabalho de cada um se conseguia interligar, no sentido de providenciar o melhor para o utente.

### 8.3. Iniciativas de Formação Adicional

Ao longo do estágio existiu a necessidade de aprofundar certos conhecimentos científicos e técnicos para melhor compreender as problemáticas em questão e de dar uma resposta pedida pelo serviço ao nível da terapia psicomotora.

Assim, o estagiário realizou formação acreditada com certificação em escalas de avaliação da Perturbação do Espectro do Autismo, ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) e ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule - 2) e de avaliação do Desenvolvimento Ruth Griffiths.

No evento científico, 2º Congresso Nacional de Psicomotricidade, o estagiário apresentou os seguintes temas das comunicações livres:

- Botelho, R., Maia, D., e Martins, R., (2016). *Intervenção Psicomotora na Doença de Coreia de Huntington: um estudo de caso*. Em 2º Congresso Nacional de Psicomotricidade. Congresso realizado em Vila Real, Portugal.
- Botelho, R., Bodas, A., Maia, D., Nunes, S., Pimentel, P., e Martins, R., (2016). *Psicomotricidade e Psicoeducação em utentes com Esquizofrenia: um projeto interdisciplinar no CHTMAD*. Em 2º Congresso Nacional de Psicomotricidade. Congresso realizado em Vila Real, Portugal.

De referir que a primeira apresentação recebeu uma menção honrosa.

#### IV. Dificuldades e perspectivas para o futuro

No presente texto pretende-se explorar algumas das dificuldades e limitações sentidas ao longo do período do estágio curricular.

Assim sendo, ao nível de dificuldades sentidas ao longo do estágio curricular que tornaram mais difícil a prática profissional, como por exemplo a construção dos projetos terapêuticos, destaca-se a falta de um orientador local Psicomotricista. Isto porque, as linhas orientadoras são fundamentais para que se obtenham melhorias na grande maioria das intervenções. Por outro lado, a ausência de um Psicomotricista, forneceu uma oportunidade única de desenvolver competências (autonomia, capacidade de organização e intervenção, resolução de problemas) que com a sua presença não iriam ser possíveis. Proporcionou ainda desenvolver competências articulação com os outros profissionais do serviço.

Outras dificuldades existiram, tais como, o acordo de uma hora, a frequência das sessões de intervenção, pois por vezes era insuficiente para as crianças a frequência das sessões e limitada também pelo número de faltas laborais que os pais podem ter. Também devido ao espaço demográfico ser demasiado alargado, algumas das intervenções não foram possíveis porque os pais eram de muito longe e/ou os recursos financeiros serem baixos.

Por fim, as dificuldades mais presentes no dia-a-dia por insegurança pessoal ressalvam-se: o contacto com prestadores de cuidados, as avaliações realizadas (aplicação das escalas) e depois na comunicação dos mesmos aos prestadores de cuidados; e gerir da melhor forma alguns dos comportamentos das crianças.

Foi possível verificar uma grande evolução e amadurecimento pessoal que permite assim, reunir um conjunto de utensílios e estratégias de adaptação às mais variadas situações e contextos, ultrapassando as inseguranças e medos iniciais.



## V. Conclusão

No início deste percurso tudo parecia incerto, mesmo no momento de efetuar a candidatura para o mestrado. A vontade de trabalhar enquanto Psicomotricista balanceava com uma vontade enorme em aprofundar o conhecimento na área principalmente em contexto de Saúde Mental.

Todo o processo de conhecimento durante o período de licenciatura torna-se diferente quando colocado na prática terapêutica, com todas as vivências, problemáticas e respostas que temos de dar no momento certo, pois existem questões às quais são necessárias dar respostas, fazendo a diferença no momento.

O Mestrado em Reabilitação Psicomotora foi fulcral para aprofundar o domínio do conhecimento na área da Psicomotricidade, promovendo competências multidisciplinares. Com o Mestrado foi possível melhorar a capacidade de organização de trabalho e desenvolver o espírito crítico.

Desta forma, a psicomotricidade torna-se fundamental pela resposta dada ao nível das dificuldades psicomotoras, sociais, emocionais, cognitivas e desta forma decidi envergar pelo RACP. O estágio autoproposto foi desde o primeiro momento a escolha realizada, devido à vontade de desenvolver a psicomotricidade no CHTMAD, EPE no DPSM, sendo que esta área de intervenção foi desde há muito, a área que mais me cativava.

O estágio curricular iniciou no dia 1 de Setembro de 2015, no qual desde o primeiro dia se tornou um desafio constante, pois a resposta que é necessário dar tem de ser rápida. As respostas para a problemática em questão têm de ser encontradas e aí nesse momento sentimos o sentido de responsabilidade da profissão. É preciso saber trabalhar em equipa multidisciplinar e explicar em que sentido a intervenção tem de seguir. O corpo sentido e o corpo vivido por cada utente, diferente de pessoa para pessoa, que vem até nós procurando forma de melhorar e/ou ultrapassar a sua problemática. A capacidade de escuta, de observação da postura corporal do utente, da sua expressão na maioria das situações torna-se fulcral para entender a problemática em questão, tal como é indicado pelos autores Rodríguez e Llinares (2008).

O corpo e toda a perceção do seu movimento, de interação dos sentimentos, emoções e pensamentos permitem a construção do “Eu” (Maximiano, 2004). Com o trabalho desenvolvido durante o estágio foi possível verificar a importância do corpo, pois este é o conjunto de memórias, gestos, posturas, desejos pessoais, importantes para a construção de uma identidade pessoal, não só para os utentes, mas também para o

técnico, pois torna-se fulcral nós entendermos o corpo, para que possamos explicar ao utente a importância do mesmo (Maximiano, 2004). Tal como Maximiano refere (2004) a postura terapêutica adotada, a proximidade e o tipo de mediação corporal em relação ao utente são importantes para o reflexo entre o psiquismo e o corpo, tal como foi verificado durante as sessões, pois teve de se ter em conta estes fatores para cada uma das intervenções. A ideia sempre presente em que a psicomotricidade é uma terapia que atua não no sintoma, mas sim sobre a base que promove esse sintoma, tal como referido por Maximiano (2004).

O estágio que durou 10 meses foi ao encontro dos objetivos estabelecidos pelo RACP, no qual foi possível aumentar as competências de avaliação, tal como um estabelecimento de um plano de intervenção em conjunto com outros técnicos de saúde para a melhor evolução do utente. O estabelecimento de objetivos construídos em equipa multidisciplinar foi importantíssimo para se verificarem diferenças no utente. Neste período de estágio e com a fácil integração no corpo clínico foi também possível aumentar o conhecimento relativamente às outras áreas e como o trabalho pode ser articulado com os diferentes técnicos.

Como qualquer serviço prestado no contexto hospitalar também existiu a consciência da dificuldade das pessoas em se deslocarem ao hospitalar para a terapêutica, devido a questões económicas ou mesmo à distância a que se encontram do CHTAMAD, EPE. Assim, o técnico deve ter em conta estas situações, sabendo articular com as pessoas devido às suas necessidades. A gerência de sessões hospitalares deve ter-se em conta para que no fim do estágio se atingissem resultados positivos.

Para dar a melhor resposta no serviço de psicomotricidade foi importante recolher bibliografia, aconselhar com os orientadores para uma melhor definição dos objetivos e estratégias a utilizar ao longo do estágio. Ao longo do ano de estágio também surgiu a necessidade de criação de algo inovador, ou seja, a criação pela primeira vez do serviço de psicomotricidade no CHTMAD, EPE e da vontade expressada num projeto-piloto da utilização da Wii na PHDA.

O ramo de competências profissionais permitiu assim relacionar as diferentes psicopatologias existentes no campo da saúde mental e relacioná-las com a intervenção psicomotora. Assim, foi possível desenvolver a capacidade de realizar avaliações tendo em conta as escalas mais apropriadas, elaborando perfis intraindividuais, desde a conceção à construção do programa psicomotor.

No que toca à relação empática com os utentes é uma constante aprendizagem, pois devemos de ser capazes de adequar o discurso verbal a cada situação que é presenciada.

A relação com os profissionais foi dos fatores mais importantes que se estabeleceram ao longo do meu estágio, pois foi possível a troca de informações, a partilha de conhecimentos das diferentes áreas de intervenção, como nos processos de avaliação consegue-se reunir informações de diferentes fontes e depois em equipa traçarmos objetivos para o melhor funcionamento do individuo, desenvolvendo os programas mais apropriados.

A relação com a comunidade privilegiou-se a interação entre os diferentes mediadores, pois sem esta tríade (pessoa, família e técnicos) não é possível delinear objetivos para serem alcançados. Desta forma, todos tiveram a sua parte ativa na delineação da intervenção.

Por fim, o estágio foi importantíssimo e foi ao encontro de todos as expectativas, ultrapassando-as até. Foi um caminho longo, difícil, mas sem dúvida com uma extrema importância não só de conhecimento científico, mas também de crescimento profissional e pessoal.



## VI. Referências Bibliográficas

- ✓ Agapitou, P., & Andreou, G. (2008). Language deficits in ADHD preschoolers. *Australian Journal of Learning Disabilities*, 13:39-49. doi: 10.1080/19404150802093711
- ✓ American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, Arlington: APA.
- ✓ American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, Washington, DC: APA.
- ✓ Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (s/d). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*, Brochura Profissional.
- ✓ Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4):199-204.
- ✓ Balbuena, F., (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativ. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatria*, 53(4):269-276
- ✓ Barkley, R. (2007). School Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here?, *School Psychology Review*, 36(2):279-286.
- ✓ Barkley, R., (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121(1):65-94
- ✓ Braconnier, A., Corbobesse, F., Deschamps, F., Duriez, N., Gailard-Janin, N., Jourbet-Chain, C., Laugier, F., & Saint-Georges, C. (2007). *Manual de Psicopatologia*. Climepsi Editores, Lisboa.
- ✓ Carthery-Goulart, M., et al., (2007). Versão brasileira da escala Cornell de depressão em demência. *Arq Neuropsiquiatr*, 65(3):912-915
- ✓ Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental* [On line]. [Consult. 10-8-2009]. Disponível: [http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf).
- ✓ Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde, (2012). *Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Retirado de <http://www.saudemental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia/documento-tecnico-de-suporte-a-rede-de-referenciacao-hospitalar-depsiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia/>

- ✓ Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Langhorst, J. & Dobos, G. (2013). Yoga for schizophrenia: a systematic review. *BMC Psychiatry*: 13-32.
- ✓ Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro de 1999. Diário da República nº30/99 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- ✓ Decreto-lei nº304/2009 de 22 de Outubro de 2009. Diário da República nº205/09 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- ✓ Decreto-lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro de 2010. Diário da República nº 19/10 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.ps
- ✓ Despacho n.º 10464/2008 de 9 de Abril de 2008. Diário da República nº 70/08 - II Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ Direção Geral de Saúde (2005). *Circular normativa nº6/DSPSM: organização dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência*. Retirado de <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente2/legislaca%0A%20o/circulares%20normativas/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20DOS%20SERVI%C3%87OS%20DE%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20DA%20INF%C3%82NCIA%20E%20DA%20ADOLESC%C3%8ANCIA.PDF>.
- ✓ Direção-Geral da Saúde, (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Saúde mental e doenças psiquiátricas*, I e II. Retirado de [http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/vol2\\_227.html](http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/vol2_227.html) DGS, 2004
- ✓ Direção-Geral Saúde, (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde. Retirado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-ecirculares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013jpg.aspx&ei=5S6LUtWCMbE7Aai5oHoBg&usg=AFQjCNEI5IDo90dQGIBPFCqbb7G1W\\_cNQ&sig2=E8nrFViqfQ3gLaIponDaQ&bvm=bv.56643336,d.Yms](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-ecirculares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013jpg.aspx&ei=5S6LUtWCMbE7Aai5oHoBg&usg=AFQjCNEI5IDo90dQGIBPFCqbb7G1W_cNQ&sig2=E8nrFViqfQ3gLaIponDaQ&bvm=bv.56643336,d.Yms)
- ✓ Dornelas L., Duarte N. e Magalhães L., (2015). Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1):88-103
- ✓ Folstein, M., (1998). Mini-mental and son. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13:290-4.
- ✓ Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

- ✓ Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores (2ª ed.)*. Lisboa: Âncora editora.
- ✓ Freeman, A., Santini, Z., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J., e Koyanagi, A., (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199:132-138;
- ✓ Gholipour, A., Abolghasemi,h., Gholinia, K. & Taheri S. (2012). Token Reinforcement Therapeutic Approach is More Effective than Exercise for Controlling Negative Symptoms of Schizophrenic Patients: A Randomized Controlled Trial. *International journal of preventive medicine*, 466-470.
- ✓ Godinho, M. (2007). *Controlo motor e Aprendizagem*. Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- ✓ Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1:9-10.
- ✓ Harper, P., (1999) Huntington's disease: a clinical, genetic and molecular model for polyglutamine repeat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 29:957-61. PubMed PMID: 10434293.
- ✓ Helder D., Kaptein A., van Kempen G., van Houwelingen J., e Roos R., (2001). Brief report impact of Huntington´s Disease on quality of life. *Mov Disord*, 16(2):325-330
- ✓ Ho A., Gilbert A., Mason S., Goodman A., Barker R., (2009). A health-related quality of life in Huntington´s Disease: which factors matter most?. *Mov disorders*, 24(4):574-576
- ✓ Holt, R., Graham, J., Whitaker, K., Hagan, C., Ooi, C., Wilkinson, P., van Nieuwenhuizen, A., Lennox, B., Sahakian, B., Goodyer, I., Bullmore, E., e Suckling, J., (2016). Functional MRI of emotional memory in adolescent depression. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 19:31-41;
- ✓ Huang, K. Y., Calzada, E., Kamboukos, D., Rhule, D., Cullen Sharma, K., Cheng, S., & Brotman, L. M. (2014). Applying public health frameworks to advance the promotion of mental health among Asian children. *Asian American Journal of Psychology*, 5(2):145-152.
- ✓ Huntington, G., (2003). On chorea. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*, Winter, 15(1):109-12. PubMed PMID: 12556582.
- ✓ Kendall, P. (2000). *Childhood Disorders*. New York: Psychology Press.

- ✓ Klager J, Duckett A, Sandler S, e Moskowitz C., (2008). Huntington's disease: a caring approach to the end of life. *Care Manag J*, 9(2):75-81. PubMed PMID: 18619087.
- ✓ Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4):712-719.
- ✓ Martins, R., Simões, C., e Brandão, T., (2015). Regulamento de Estágio – Unidade Curricular de Aprofundamento de Competências Profissionais. *Faculdade de Motricidade Humana*.
- ✓ Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1, (2): 69-76.
- ✓ Montoya A, Price BH, Menear M, e Lepage M., (2006). Brain imaging and cognitive dysfunctions in Huntington's disease. *J Psychiatry Neurosci*, 31(1):21-9.
- ✓ Moreno-Peral, P., Luna, J., Marston, L., King, M., Nazareth, I., Motrico, E., Gómez-Barragán, M., Torres-González, M., Múnton-Franco, C., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M., Vicens, C., Munoz-Bravo, C., e Bellón, J., (2014). Predicting the onset of anxiety Syndromes at 12 months in primary care attendees. The predictA-Spain study. *PLoS One*, 9(9). doi: 10.1371/journal.pone.0106370;
- ✓ Morrison, P., (2010). Accurate prevalence and uptake of testing for Huntington's disease. *Lancet Neurol*, 9(12).
- ✓ Oliveira, R.; Rodrigues, F.; Venâncio, M.; Saraiva, J.; & Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Défice Intelectual. *Saúde Infantil*, 34(3):5-10.
- ✓ Probst, M., Knapen, J., Greet, P., & Vancampfort. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2:105-113.
- ✓ Quinn, L., e Busse, M., (2009). *Physiotherapy Guidance Document*. European Huntignton's Disease Network (First Edition ed.).
- ✓ Robinson, R., Grabner, M., Palli, S., Faries, D., e Stephenson, J., (2016). Covariates of depression and high utilizers of healthcare: impact on resource use and costs. *Journal of Psychosomatic Research*, 85:35-43
- ✓ Rodríguez, J., e Llinares, M., (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe;
- ✓ Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- ✓ Srour M., Mazer B., Shevell M., (2006). Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118: 139-145.
- ✓ Tokouka, H., Takahashi, H., Ozeki, A., Kuga, A., Yoshikawa, A., Tsuji, T., e Wohlreich M., (2016). Trajectories of depression symptom improvement and associated predictor analysis: an analysis of duloxetine in double-blind placebo-controlled trials. *Journal of affective disorders*, 196:171-180.
- ✓ van Duijn, E., Kingma, E., van der Mast R., (2007). Psychopathology in verified Huntington's disease gene carriers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 19(4):441-8.
- ✓ Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Riley, T., Safren, S., Lewis-Fernandez, R., Weiden, P., Ogedegbe, G., & Jamison, J., (2010). Methodological Challenges in Psychiatric Treatment Adherence Research. *Clínical Schizophrenia & Related Psychoses*: 74-91.
- ✓ Walker, F., (2007). Huntington's disease. *Lancet*, 369(9557):218-28.
- ✓ Wexler, A., (2010). Stigma, history, and Huntington's disease. *Lancet*, 376(9734):18-9.
- ✓ Wong, V., (2015). Global developmental delay: a delay in development of terminology, opinion. *Dev Med Child Neurological*, 53:585-6
- ✓ World Health Organization. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Switzerland: WHO Press. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html)



## Anexos

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

### a) Estudo de Caso I M.

A1) Exemplo de um plano de sessão do caso M.

# Plano de sessão

Técnico: Rui Botelho				Local: CHTMAD	População: 1 pessoa	
Sessão: 6	Data: 13/01/2016	Hora: 13:30 – 14:15	Duração: 45 min	Idade: 59 anos	Género: Feminino	Estado Emocional:
Objetivos geral: Melhorar a equilibração; Estimular a praxia global; Estimular a memória				Materiais:		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	CrITÉrios de êxito	Material
13h30	Diálogo Inicial	A sessão inicia-se com a utente e o técnico sentado. O técnico questiona a utente sobre acontecimentos realizados na última semana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a interação técnico-utente</li> <li>- Captar a atenção da utente para a sessão</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focar a atenção dirigindo o olhar</li> <li>- Relatar acontecimentos de forma autónoma</li> </ul>	
5'						
13h35	1º Exercício	<p>Ao sinal do técnico a utente inicia o percurso psicomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o "ovo" na colher e segurar a mesma com a boca;</li> <li>2. Caminhar sobre os arcos alternadamente;</li> <li>3. Caminhar sobre as pedras da calçada;</li> <li>4. Contornar os bastões;</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o controlo e ajustamento dos movimentos corporais;</li> <li>- Promover a coordenação motora global;</li> <li>- Manter a marcha autónoma</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar e ajustar os movimentos corporais de forma a manter a segurança gravitacional;</li> <li>- Deslocar-se de forma coordenada;</li> <li>- Caminhar sobre os arcos, colocando os pés alternadamente;</li> <li>- Contornar os bastões em ziguezague;</li> </ul>	
15'						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Caminhar pé-ante-pé sobre a linha no chão;</li> <li>6. Colocar o “ovo” dentro da caixa sem tocar com as mãos;</li> <li>7. Regressar ao início do percurso</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminhar pé-ante-pé sobre a linha, colocando o calcanhar de um pé junto à ponta do outro;</li> <li>- Colocar o “ovo” dentro da caixa sem tocar com as mãos;</li> </ul>	
<b>13h50</b>	<b>2º Exercício</b>	<p>No chão encontra-se um percurso com retângulos de várias cores. A cada cor do retângulo corresponde uma atividade psicomotora: amarelo (saltar 5x a pés juntos); vermelho (saltar 2x a pés juntos); azul (marchar no lugar durante 10s); verde (imobilizar-se pé-ante-pé durante 10s); cor-de-rosa (imobilizar-se em pontas dos pés durante 10s). A utente lança um dado, e conforme o número que sair avança o número de casas realizando a atividade correspondente à cor da casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a memória a curto-prazo;</li> <li>- Promover o controlo e ajustamento dos movimentos corporais;</li> <li>- Estimular o equilíbrio dinâmico nos saltos a pés juntos;</li> <li>- Promover a marcha autónoma;</li> <li>- Manter o equilíbrio estático pé-ante-pé;</li> <li>- Promover o equilíbrio estático em pontas dos pés;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memorizar as tarefas motoras associadas a cada cor;</li> <li>- Controlar e ajustar os movimentos corporais de forma a manter a segurança gravitacional;</li> <li>- Realizar 5 saltos a pés juntos elevando os 2 pés do solo ao mesmo tempo;</li> <li>- Realizar a marcha elevando os pés do solo alternadamente;</li> <li>- Permanecer imóvel quando apoiada pé-ante-pé, mantendo o calcanhar do pé da frente junto ao pé de trás;</li> <li>- Permanecer imóvel quando apoiada em pontas dos pés, elevando os calcanhares do solo;</li> </ul>	
<b>20`</b>						
<b>14h10</b>	<b>Diálogo Final</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um discurso coerente e fluído;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressar de forma coerente opiniões acerca da sessão.</li> </ul>	

5'		A utente e o técnico sentam-se, revelando a sua opinião sobre a sessão e qual o conteúdo trabalhado.	- Estimular o juízo crítico			
----	--	--	-----------------------------	--	--	--

**Legenda:**

**Observações:**

## A2) Exemplo de um relatório de sessão do caso M.

Sessão
População: Coreia de Huntington
Local: CHTMAD, EPE
Data: 06/04/2016

As atividades realizadas durante a sessão tiveram os seguintes objetivos de trabalho: melhorar a equilíbrio, trabalhar a praxia global e estimular a memória.

O diálogo iniciou com uma partilha de acontecimentos vividos durante a última semana, bem como o dia, o mês e o ano. A utente foi capaz de responder ao pedido apresentando um discurso organizado e fluído.

Na primeira atividade apresentou dificuldades em deslocar-se de forma coordenada, nomeadamente no deslocamento sobre as pedras da calçada, apresentando também dificuldade em contornar os bastões de forma alternada, sendo que se apresentou orientada durante todo o circuito.

Na 2ª atividade, a utente conseguiu, ao nível da memória a curto prazo, associar uma cor a um movimento. No que remete ao movimento em si, a utente demonstrou falta de coordenação e de controlo, com a necessidade de reajustes posturais para manter a segurança gravitacional. A utente não foi capaz de realizar os saltos, realizando apenas flexão do joelho.

No diálogo final a utente expressou a sua opinião acerca da sessão, mostrando um discurso organizado e coerente, embora este não sendo fluído. Conseguiu identificar o que estava a ser trabalhado durante a sessão e de escolher uma atividade do seu gosto.

No que toca ao estado emocional, a utente manteve-se apática, sendo apenas capaz de manifestar alguma expressão facial, quando técnico dava feedbacks positivos.

b) Estudo de Caso II J.

B1) Exemplo de um plano de sessão do caso J.

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 6	<b>Data:</b> 13/01/2016	<b>Hora:</b> 16:00 – 16:45	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 7 anos	<b>Género:</b> Masculino	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos geral:</b> Melhorar a noção do corpo; Trabalhar a coordenação motora geral; Trabalhar a força muscular dos M.I;				<b>Materiais:</b>		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	Critérios de êxito	Material
16:00	Diálogo Inicial	O cliente e o técnico sentam-se, falando sobre a sua disposição e motivação para a sessão, bem como de atividades realizadas durante a semana.	- Estabelecer comunicação interpessoal; - Motivar para a sessão;		- Conseguir comunicar oralmente com o técnico; - Sentir-se motivado para as atividades que vai realizar;	
4'						
16:04	1º Exercício	O cliente coloca-se em decúbito dorsal, deve fletir os M.I., o par da cliente deve empurrar os M.I. enquanto a cliente deve realizar flexões e extensões dos M.I. para se deslocar.	- Melhorar a coordenação motora global; - Desenvolver o espirito competitivo; - Desenvolver a força muscular dos M.I.;		- Colocar-se em decúbito dorsal; - Fletir os M.I.; - Realizar flexões e extensões dos M.I. para promover a deslocação;	
7'						
16:11	2º Exercício	O técnico realiza movimentos com os membros inferiores que produzem	- Melhorar a estruturação rítmica;		- Reproduzir os movimentos	

7'		som. A criança deve reproduzir esses movimentos.	- Trabalhar a coordenação dos M.I.; - Melhorar a noção do esquema corporal;		realizados pelo técnico	
16:18	3º Exercício	Deve ser dada uma bola de fitness com pegas. Deve ser permitido à criança manipulá-la da forma que quiser. Devem ser promovidos saltos em cima da bola.	- Manipulação de objetos; - Melhorar o controlo postural; - Melhoria do equilíbrio dinâmico;		- Agarrar a bola; - Transportar a bola; - Realizar saltos em cima dela;	
7'						
16h25	4º Exercício	Em decúbito dorsal, são questionadas as partes do corpo à criança. Deve localizar, cabeça, nariz, barriga, olhos, boca, orelhas, braços, pernas, pés, dedos, costas e cabelo.	- Melhorar a noção do esquema corporal; - Aumentar a consciência do próprio corpo;		- Adquirir a posição decúbito dorsal; - Localizar todas as partes do corpo solicitadas pelo técnico;	
7'						
16h33	5º Exercício	O técnico cria uma mensagem corporal que deve ser passada à criança. A criança deve realizar essa sequência no corpo do técnico.	- Desenvolver o reconhecimento das partes do corpo no outro; - Melhorar a compreensão de sequências;		- Tocar as partes do corpo do técnico que também foram tocadas em si;	
7'						
16h40	Diálogo Final	Técnico e criança sentam-se para falarem sobre a sessão. A criança é interrogada acerca das atividades que realizou (qual gostou mais ou menos), e daquilo que vai ser feito nas próximas sessões, dando-se assim por terminada a sessão.	- Desenvolver a comunicação interpessoal; - Aumentar a capacidade crítica e reflexiva.		- Permanecer sentada; - Responder de forma precisa e coerente às perguntas colocadas	
5'						

Legenda:

Observações:

## **B2) Exemplo de um relatório de sessão do caso J.**

Quando a cliente chegou, despediu-se da educadora e acompanhou os técnicos. Mostrou-se desde logo muito motivada para a sessão. Foi solicitado à cliente que subisse as escadas segurando apenas o corrimão com uma mão. A cliente conseguiu subir as escadas usando os dois apoios como havia sido pedido. Depois de chegar à sala foi dada a instrução inicial onde a Maria referiu ter-se magoado na aula de ginástica e que as piscinas estavam ainda avariadas. Depois desta conversa inicial foi dado início à primeira atividade.

### **Atividade 1**

Por ter havido um pouco de competição com os técnicos, esta atividade motivou mais a cliente. Foi-lhe pedido que se colocasse em decúbito dorsal com as pernas fletidas, e rapidamente a cliente se posicionou. Enquanto isso, o técnico demonstrou a tarefa e a Maria desde logo a compreendeu e como se deveria deslocar. A cliente não apresentou dificuldades em se deslocar, conseguindo produzir a força necessária. A tarefa foi realizada 3 vezes e a cliente queria repetir ainda mais vezes. Esta atividade teve como principal objetivo estimular os M.I. e desenvolver a força uma vez que a cliente começou a andar tarde.

### **Atividade 2**

Foi instruído para bater com um dos pés no chão com alguma força. A cliente achou o som interessante realizando vários batimentos com os pés. Foi reforçado que só poderia bater com 1 e quando o técnico o dissesse. Foi dada uma sequência de batimentos, um pé, depois o outro, depois os dois e a cliente achou interessante o som. Foi depois realizada a mesma série de batimentos mas desta vez com os M.S. É salienta-se que a Maria teve mais dificuldades em coordenar os movimentos dos M.S. do que dos M.I. ao contrário do que era esperado. Sempre que os técnicos realizavam os batimentos a cliente acompanhava, quando tinha de realizar sozinha não conseguia.

### **Atividade 3**

A cliente manipulou muito bem a bola, conseguindo subir para cima dela. Quando caía, conseguia sempre levantar-se. Os técnicos pediram à cliente que realizasse saltos

sentada em cima da bola. Para isso, um dos técnicos ajudou a cliente a segurar a bola. Relativamente aos saltos, estes foram um pouco descoordenados, pois a cliente tentou saltar muito rápido. Esta tarefa foi realizada em cima de colchões para evitar acidentes. A cliente conseguiu manter o controlo postural, mesmo em cima da bola.

#### **Atividade 4**

Foi pedido à Maria que se colocasse de barriga para cima. Todo o grupo se colocou desta forma. Foi pedido à Maria que localizasse diferentes partes do corpo, desde as pernas, os braços, o nariz, a boca, os olhos, os ouvidos, a barriga, as costas, os pés, as mãos, os dedos das mãos e os dedos dos pés. A cliente conseguiu localizar todas as partes do corpo sem qualquer hesitação.

Esta tarefa foi muito bem-sucedida, a cliente tem uma boa noção do corpo de acordo com a idade.

#### **Atividade 5**

Nesta última atividade, trabalhou-se o mesmo fator psicomotor que anteriormente, embora nesta tarefa o objetivo fosse diferente, o reconhecimento das partes do corpo no outro. Foi criada uma mensagem com três pontos. A Maria reconheceu os três pontos tocados, tendo ajudado os técnicos a passar a mensagem. Ao mesmo tempo que tocou os pontos a cliente disse em voz alta a parte do corpo que estava a ser tocada.

#### **Reflexão final**

No final da sessão, foi questionado à cliente qual a atividade que mais tinha gostado, pergunta ao qual respondeu a atividade das bolas. Foi questionado se estava cansada, respondendo que não e que tinha gostado da sessão. Foi então pedido à cliente que calçasse os sapatos, tarefa à qual realizou bastante bem, contudo não conseguiu apertar as fivelas.

## c) Acompanhamentos

### C1) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento I

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 6	<b>Data:</b> 13/01/2016	<b>Hora:</b> 09:00 – 09:45	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 4 anos	<b>Género:</b> Feminino	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos geral:</b> Estimular a praxia global; Potenciar a Estruturação espaço-temporal.				<b>Materiais:</b> Bola de fitness, 5 bolas de tamanho médio, 14 arcos, fita-cola.		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	CrITÉrios de êxito	Material
9:00	<b>Diálogo Inicial</b>	Para iniciar a sessão, é dado os bons dias e são lembrados os exercícios da sessão anterior, durante a instrução a criança deve permanecer sentado na bancada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relações interpessoais;</li> <li>- Criação de um ambiente seguro e de confiança;</li> <li>- Motivar para a sessão;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saudar o técnico;</li> <li>- Lembrar situações da sessão anterior</li> </ul>	
3'						
9:03	<b>1º Exercício</b>	<p>A criança corre pela sala segundo a instrução do técnico seguindo a seguinte sequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Corrida a ritmo moderado;</li> <li>-Corrida lateral;</li> <li>-Saltitar (um pé de cada vez);</li> <li>-Saltitar a pés juntos;</li> <li>-Marcha acelerada com batimento de uma palma acima da cabeça;</li> <li>-Marcha acelerada com uma palma abaixo da cintura;</li> <li>-Marcha acelerada com batimento de uma palma acima da cabeça</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver o Equilíbrio dinâmico;</li> <li>- Potenciar a noção de ritmo</li> <li>- Fomentar a noção espacial;</li> <li>- Melhorar a capacidade de organização</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correr a ritmo moderado;</li> <li>- Correr para o lado com o corpo orientado para a frente;</li> <li>- Saltitar primeiro com um pé e depois com o outro;</li> <li>- Saltitar com os M.I. unidos;</li> <li>- Marcha acelerada com batimento de</li> </ul>	
15'						

		seguindo-se uma palma abaixo da cintura.			uma palma acima da cabeça, M.S. estendidos; - Marcha acelerada com batimento de palma abaixo da cintura, M.S. estendidos; - Marcha acelerada, batimento de uma palma acima da cabeça seguindo-se uma palma abaixo da cintura, em ambas os M.S. têm de estar estendidos;	
<b>9:18</b>	<b>2º Exercício</b>	A criança em par com o técnico, deve passar a bola com as duas mãos ao técnico e progredir para o arco seguinte, esta situação ocorre ao longo de 7 arcos passando sempre a bola ao par e progredindo de arco.	- Potenciar a orientação espacial - Melhorar manipulação de objetos; - Melhorar a coordenação óculo-manual; - Desenvolver a coordenação óculo-pedal;		- Passar a bola com as duas mãos; - Receber a bola com as duas mãos; - Orientar o corpo para o colega; - Deslocar-se para o arco seguinte-	
<b>20´</b>						
<b>9h38</b>	<b>Diálogo Final</b>	Com a criança, sentada, é questionada acerca da atividade que mais apreciou na sessão e justificar essa mesma escolha.	- Desenvolver a capacidade reflexiva; - Potenciar a comunicação interpessoal; - Estimular a Expressividade.		- Identificar uma atividade que aprecie; - Manter um discurso coerente	
<b>8´</b>						

**Legenda:**

**Observações:**

## C2) Exemplo do Relatório n.º6

A criança mostrou-se motivada dando os bons dias com grande energia. Antes de iniciar as atividades, o técnico explicou a “regra do apito”, ou seja, foi explicado à criança que sempre que ouvirem o apito significa que estava com um comportamento desajustado e que deveriam de imediato “congelar”. Depois das explicações, foi dado o início das atividades.

### **Atividade 1 - Aquecimento**

Esta primeira atividade tinha como objetivo principal, e como o nome indica, o aquecimento. Deste modo, a criança foi instruída para que, primeiramente, corresse a um ritmo moderado. Ao sinal do técnico, a criança correu de lado, saltitou com um pé de cada vez e depois a pés juntos, deslocou-se em marcha acelerada com batimento de uma palma acima da cabeça e depois com o batimento de uma palma abaixo da bacia. Toda esta sequência de tarefas foi realizada com grande motivação e predisposição por parte da criança. Relativamente à marcha lateral, evidenciou algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da coordenação dos membros inferiores, pois cruzava as pernas, fugindo aquilo que lhe tinha sido instruído. Outras dificuldades evidenciadas foram os saltos com um pé de cada vez. Tendo existido estas dificuldades, por opção do técnico, acabou por realizar passos de gigante. A corrida com o batimento de uma palma acima da cabeça e abaixo da bacia foi realizada com sucesso, tendo sido alcançados todos os critérios de êxito. De um modo geral a atividade a criança estava com atenção à instrução do técnico, tendo sido possível o desenvolvimento psicomotor.

### **Atividade 2**

Nesta segunda atividade, e para chamar a atenção da criança, o técnico utilizaram uma bola de fitball. Para a realização desta atividade era necessário o conhecimento das cores e antes do início da mesma, o técnico questionou a criança acerca das cores. Esta atividade tinha como objetivo a identificação das cores e a capacidade de reação face ao estímulo dado. Todos os critérios de êxito foram alcançados, havendo poucos comportamentos desajustados que foram de imediato corrigidos.

### **Atividade 3**

Nesta atividade procurou-se mais uma vez desenvolver o trabalho em equipa, mas desta vez em pares. Foram observadas algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da estruturação espacial, visto que tinha de se organizar da melhor forma para passar a bola e correr para o arco seguinte. Em algumas das repetições, a criança com a bola corria primeiro para o arco seguinte e só depois passava. Houve ainda dificuldades ao nível do passe da bola e da receção da mesma.

#### **Atividade 5 – Reflexão final**

Como já tem sido feito nas sessões anteriores, a criança teve de identificar uma atividade que mais apreciasse e justificar, sendo capaz de o realizar

d2) Acompanhamento II

D2) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento II

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 2	<b>Data:</b> 12/04/2016	<b>Hora:</b> 09:15 – 10:00	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 4 anos	<b>Género:</b> Masculino	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos geral:</b> desenvolver a praxia global e estimular a atenção				<b>Materiais:</b> fita-cola; bolas		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	CrITÉrios de êxito	Material
9:15	Diálogo inicial	Ponto de início da sessão, em que se realiza um breve diálogo, dando-se os bons dias ao cliente, estabelecendo o primeiro contacto entre técnico e cliente;	- Desenvolver a socialização; - Criação de relações interpessoais harmoniosas e de confiança;		- Perceção do ponto de início da sessão; - Motivação para as atividades.	
3'						
9:18	1º Exercício	No centro da sala terá de atirar a bola ao ar enquanto ao mesmo tempo chama o técnico. A criança ou técnico convocado terá de se movimentar rapidamente para apanhar a bola antes que esta atinja o chão.	- Desenvolver a coordenação óculo-manual - Diminuir o Tempo de recção; - Potenciar a Capacidade de tempo de permanência na tarefa; - Desenvolver a Coordenação motora;		- Atirar a bola ao ar; - Chamar por outra pessoa; - Reagir rapidamente quando chamado; - Apanhar a bola antes que esta atinja o chão.	
10'						

9:28	2º Exercício	A criança realiza um circuito em que terá de efetuar as seguintes etapas: - Saltos com os joelhos ao peito (3x); - Saltos alternados( MI afastados, MI unidos.....); - Caminhar sobre uma linha; - Passe de uma bola, com os MS, para uma dos técnicos (5x); - Remate de uma bola para uma “baliza” desenhada na parede.	- Potenciar a coordenação motora; - Desenvolver o equilíbrio dinâmico; - Desenvolver a coordenação óculo-manual e óculo-pedal;		- Realizar os três saltos com os joelhos ao peito; - Realizar os saltos alternados; - Caminhar sobre a linha sem desequilíbrio; - Passar a bola cinco vezes; - Rematar a bola para a “baliza”.	
15´						
9h43	3º Exercício	É dado cerca de 3 segundos para memorizar a posição em que se encontra. Depois disto volta à posição normal. Através da capacidade de memória, terá de reproduzir a mesma posição em que foi colocada. A tarefa é efetuada 3 vezes.	- Desenvolver a capacidade de memória; - Melhorar o conhecimento das diferentes partes do corpo em si próprio e no outro.		- Memorizar a posição em que foi colocado, - Reproduzir essa posição; - Colocar o técnico em diferentes posições; - Reconhecer as posições produzidas pelo técnico.	
8´						
9:51	Diálogo final	Sentados, técnico e cliente estabelecem um diálogo acerca das atividades realizadas durante a sessão. Serão questionadas as atividades que mais gostou, assim como o seu desempenho.	- Desenvolver a capacidade de relação; - Criação de relações interpessoais harmoniosas e de confiança;		- Enumerar as atividades que mais gostou; - Desenvolver um espírito crítico em relação ao seu desempenho na sessão.	
9´						

**Legenda:**

**Observações:**

## D2) Exemplo de um relatório de sessão n.º2

A criança apresentou-se motivada e bem-disposta vestindo um fato de treino como havia sido pedido pelo técnico na última sessão. Como passou duas semanas sem ter tido sessões, foi lembrado o nome do técnico, assim como as atividades que tinham sido feitas na sessão passada. Foi questionado acerca das suas notas, respondendo que tinham sido boas, no entanto ainda não tem conhecimento das suas avaliações.

Depois deste pequeno diálogo, foi dado início à primeira atividade.

### **Atividade 1**

Aqui, foi possível observar algumas dificuldades no Miguel. Observou-se dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual e estruturação espacial

Teve dificuldades em direcionar o lançamento para o ar, lançava sempre para a frente. Deixava sempre que a bola tocasse pelo menos uma vez no chão antes de a apanhar, quando lhe tinha sido instruído que a apanhasse antes que a bola tocasse no chão.

Por diversas vezes, teve dificuldades em reconhecer o centro onde teria de efetuar o lançamento, ficando sempre em círculo. Só com ajuda do técnico é que conseguia localiza-lo. Isto revela que o cliente tem dificuldades ao nível da orientação espacial.

A tarefa foi bem recebida pelo Miguel e bastante produtiva, pois foi possível observar dificuldades que devem ser trabalhadas em longo do tempo.

### **Atividade 2**

Nesta segunda atividade foi proposto à criança um circuito psicomotor, onde era trabalhado a estruturação espaço-temporal, a coordenação motora, o equilíbrio dinâmico, a coordenação óculo-manual e óculo-pedal.

Na primeira fase do circuito, onde a criança teria de saltar com os joelhos ao peito, esta apresentou algumas dificuldades ao nível da estruturação espacial, pois, inicialmente, não saltou por entre as marcas, o que fez com que não realizasse três saltos como havia sido pedido mas sim apenas dois. Após algumas insistências por parte do técnico, a criança realizou a tarefa como pretendido. Ao nível dos saltos alternados, não demonstrou qualquer dificuldade, efetuando-os com distinção. No caminhar sobre a linha marcada no chão, o Miguel apresentou alguns desequilíbrios, contudo, sempre que repetia o exercício ia

melhorando. Na realização dos passes com as mãos, foi necessário que o técnico lhe dissesse para passar a bola para o peito e não para cima como estava constantemente a fazê-lo. Na fase final do circuito, onde tinha de rematar a bola para uma “baliza”, a criança na maior parte das vezes acertou na baliza, e quando falhava não demonstrou sinais de frustração. Ao longo da atividade, a “baliza” foi diminuindo de tamanho de modo a dificultar a tarefa. Mesmo com a baliza mais pequena, a criança conseguiu acertar, embora depois de várias tentativas.

### **Atividade 3**

Aqui foi possível observar que o Miguel tem uma boa memória e boa noção do corpo, pois conseguiu reproduzir todas as posições a foi submetido. Quando foi a vez dele de posicionar o técnico, notou-se um pouco a falta de criatividade da criança (ou falta de interesse na atividade. Numa segunda vez, posicionou o técnico da mesma maneira.

e3) Acompanhamento III

E3) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento III

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 5	<b>Data:</b> 19/02/2016	<b>Hora:</b> 16:00 – 16:45	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 7 anos	<b>Género:</b> Feminino	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos gerais:</b> Estruturação espaço-temporal; Estimulação Cognitiva; Estimulação sensorial.				<b>Materiais:</b> 1 quadro; 3 formas de animais; 3 instrumentos diferentes; 4 formas de frutas; 1 viola.		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	Critérios de êxito	Material
14:00	Diálogo inicial	O técnico interroga à utente se ainda se lembra das atividades desenvolvidas na sessão anterior. Por fim, apresenta as atividades que irão ser desenvolvidas durante a sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar a sessão;</li> <li>- Captar a atenção da criança;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar atenta à explicação do técnico.</li> </ul>	
5'						
14:05	1º Exercício "Encontra o caminho"	O técnico mostra à criança um tabuleiro com um labirinto. Esta deve indicar qual o caminho correto até chegar à meta. Ao longo do caminho há várias estações, nos quais a criança deve executar determinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencializar o jogo simbólico;</li> <li>- Estimular processos mnésicos;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chegar ao fim do labirinto pelo caminho mais curto;</li> <li>- Associar o som ao instrumento;</li> <li>- Associar as formas aos animais de casa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 quadro;</li> <li>- 3 formas de animais;</li> <li>- 3 instrumentos diferentes;</li> </ul>
25'						

		tarefas. As tarefas são: jogo dos copos; memorizar a sequência da fruta; associar ao som ao instrumento; associar as formas aos animais de casa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar a capacidade de associação;</li> <li>- Estimular a permanência do objeto.</li> </ul>		- Indicar o copo que contém a bola.	- 4 formas de frutas.
<b>14:15</b>	<b>2º Exercício</b> "Canta a música"	O técnico canta músicas acompanhadas de uma coreografia. A criança participa na coreografia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencializar o esquema corporal;</li> <li>- Estimular noções rítmicas;</li> </ul>		- Identificar as diferentes partes do corpo.	- 1 viola.
<b>10'</b>						
<b>14:40</b>	Diálogo final	O técnico questiona a utente sobre as atividades realizadas e deve escolher justificando a sua atividade preferida.	- Desenvolver o espírito crítico;		- Decidir qual a atividade que gostou mais;	
<b>5'</b>						

**Legenda:**

**Observações:**

## E2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5

### Diálogo Inicial

A criança foi capaz de relembrar as atividades realizadas na sessão passada.

### 1º atividade – Encontra o caminho

O técnico mostrou à criança um labirinto no qual a criança teve de responder a várias questões para ir avançando ao longo do mesmo. Em cada posto de questão a criança respondeu acertadamente às várias questões, cumprindo assim os critérios de êxito.

### 2º atividade – Canta a Música

A criança gostou de ouvir o técnico a cantar as diferentes músicas sobre as partes do corpo, nos quais a criança conseguiu identificar as partes do corpo, cumprindo os critérios de êxito.

### Diálogo Final

A criança conseguiu entender o final da sessão e escolher justificando a sua atividade preferida.

f4) Acompanhamento IV

F1) Exemplo de um plano de Sessão Acompanhamento IV

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 5	<b>Data:</b> 24/04/2016	<b>Hora:</b> 12:00 – 12:45	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 6 anos	<b>Género:</b> Masculino	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos gerais:</b> Praxia Global; Noção de Corpo; Estruturação Espaço-Temporal; Atenção				<b>Materiais:</b> 6 Copos; Berlindes; Bolas de Pingue-Pongue; 1 Cesto; 4 Garrafas;		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	Crítérios de êxito	Material
12:00	Diálogo inicial	- Sentados frente a frente, técnico e utente dão início à sessão; - É realizada uma breve abordagem das atividades a realizar e das atividades do fim-de-semana.				
10'						
12:10	1º Exercício "Encontra o caminho"	O utente deve repetir o que o técnico disser e reproduzir o movimento que o mesmo fizer, mesmo que estes sejam contraditórios. O técnico e a criança vão trocando de papéis.	- Potencializar a mobilização articular; - Promover a atenção e a concentração.		- Focar a atenção na instrução e nos movimentos do técnico; - Repetir a instrução do técnico e o seu movimento.	
15'						

12:25	2º Exercício	<p>Circuito Psicomotor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na primeira estação estão seis copos dispostos em linha numa mesa e o utente deverá colocar o maior número de berlindes em cada copo, seguindo a ordem pela qual os mesmos estão dispostos, em cerca de meio minuto;</li> <li>- Na segunda estação encontram-se quatro garrafas no chão. A criança deverá pegar numa garrafa e lança-la para cima da mesa para que a mesma fique numa posição vertical em relação à mesa;</li> <li>- Na terceira estação encontra-se um cesto para o qual deverá lançar uma bola de pingue-pongue, fazendo a mesma bater no chão antes de entrar no cesto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencializar a coordenação óculo-manual;</li> <li>- Promover o movimento de pinça;</li> <li>- Fomentar as noções espaciais.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acertar com o berlinde dentro do copo;</li> <li>- Colocar os berlindes nos copos o mais rápido possível e segundo a ordem pelos quais estão dispostos;</li> <li>- Lançar a garrafa para cima da mesa para que a mesma fique vertical em relação à mesa;</li> <li>- Lançar a bola de pingue-pongue para que ela bata no chão e entre no cesto</li> </ul>	
15´						
12:40	Diálogo final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico e criança sentados no chão falam sobre a sessão e a criança verbaliza as atividades que gostou, justificando-as.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver o espírito crítico.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar a sua opinião;</li> </ul>	
5´						

**Legenda:**

**Observações:**

## F2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5

### Diálogo Inicial

O técnico expôs as atividades a realizar e a criança percebeu quais eram as tarefas, cumprindo, assim, os critérios de êxito.

### 1º atividade

Na maioria das vezes, a criança não foi capaz de dissociar o que era verbalizado do que era realizado.

Após a percepção clara da atividade, a criança voluntariou-se para a dirigir a atividade

### 2º - atividade

Na primeira estação, a criança não colocou devidamente os berlindes, devido à sua agitação psicomotora, nem percebendo a ordem dos mesmos.

Na segunda estação, lançou as garrafas com demasiada força revelando fraca coordenação óculo-manual e um fraco reajustamento dos lançamentos, bem como dificuldades em controlar os movimentos em excesso.

Por fim, na última estação conseguiu lançar as bolas de pingue-pongue, mas poucas atingiram o cesto, segundo a instrução verbalizada pelo técnico

## d) Sessões no Internamento de Agudos

### D1) Exemplo de um plano de Sessão Internamento de Agudos

# Plano de sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> CHTMAD	<b>População:</b> 1 pessoa	
<b>Sessão:</b> 5	<b>Data:</b> 04/02/2016	<b>Hora:</b> 10:00 – 10:45	<b>Duração:</b> 45 min	<b>Idade:</b> 18-70 anos	<b>Género:</b> Adultos com perturbação psicótica <b>Estado Emocional:</b>	
<b>Objetivos gerais:</b> Potenciar a equilibração; desenvolver a praxia global e estimular a memória.				<b>Materiais:</b> cartões; fita adesiva; bolas; cone; arcos; pedras da calçada; colchões; imagens.		
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição/Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	Critérios de êxito	Material
10:00	Diálogo inicial	Os utentes e o técnico encontram-se (de pé) dispostos em círculo e um de cada vez, da direita para a esquerda, apresenta-se, dizendo o seu nome. O técnico explica a dinâmica da sessão e falam sobre as atividades que vão desenvolver nessa sessão.	- dar início à sessão; - captar a atenção dos utentes; - promover a interação social; - incentivar à participação nas sessões.		- estar com atenção à instrução do técnico; - apresentar-se de forma breve (dizendo o nome) respeitando a ordem proposta pelo técnico; - manter o diálogo com o técnico	
5'						
10:05	1º Exercício	1 "CIRCUÍTO COLORIDO"			- caminhar sobre uma linha vertical,	- cartões com uma

24'		<p><b>primeira estação:</b> cada utente deverá retirar um cartão de uma caixa, memorizar a sequência de cores nele descrito e seguidamente dar passos laterais para a direita numa linha em zig zag;</p> <p><b>2ª estação:</b> cada utente deverá agarrar na bola que se encontra junto a uma marca no chão e atirá-la de forma a que esta passe no interior do arco. De seguida deverá colocar os pés alternadamente sobre as pedras da calçada;</p> <p><b>3ª estação:</b> cada utente deverá caminhar em pontas de pé sobre uma linha vertical com os braços em extensão, segurando uma bola e seguidamente deverá recordar a sequência de cores retirada no início do circuito e saltar em apoio unipedal direito para o interior dos arcos, respeitando a mesma sequência. A atividade termina à ordem do técnico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fomentar o equilíbrio dinâmico em pontas de pé para a frente;</li> <li>- fomentar o equilíbrio dinâmico em apoio unipedal direito;</li> <li>- fomentar o deslocamento em tesoura lateralmente;</li> <li>- fomentar a marcha sobre pedras da calçada;</li> <li>- desenvolver a coordenação óculo-manual;</li> <li>- memorizar uma sequência de cores.</li> </ul>		<p>em pontas de pé alternadamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colocar a perna direita em extensão e a perna esquerda em flexão fazendo um ângulo de 90º (pé direito em apoio plantar completo);</li> <li>- deslocar-se lateralmente, afastando e aproximando os braços e as pernas simultaneamente (ambos os pés em apoio plantar completo);</li> <li>- colocar alternadamente os pés sobre as pedras da calçada;</li> <li>- com a mão direita, agarrar na bola e lançá-la de modo a passar pelo centro do arco;</li> <li>- reter a sequência de cores representada no cartão.</li> </ul>	<p>sequência de cores;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fita adesiva;</li> <li>- bola de ténis;</li> <li>- 1 cone;</li> <li>- 5 arcos;</li> <li>- 3 pedras da calçada;</li> <li>- bola grande.</li> </ul>
10:29	2º Exercício	<p><b>2 “SEQUÊNCIA ANIMAL”</b></p> <p>Os utentes encontram-se de pé, divididos em dois grupos (formados de forma aleatória). Cada técnico estará com um grupo e irá mencionar um animal que o utente terá de memorizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fomentar o equilíbrio dinâmico a pés juntos para a frente;</li> <li>- fomentar a marcha sobre pedras da calçada;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- colocar os pés juntos em apoio plantar completo e em simultâneo dentro dos arcos, dando impulsão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 pedras da calçada;</li> <li>- 4 arcos;</li> <li>- 8 colchões;</li> <li>- imagens de animais.</li> </ul>
13'						

		Seguidamente terá de realizar um percurso constituído por 3 pedras da calçada realizando a marcha sobre as mesmas e 4 arcos onde deverão saltar a pés juntos. No final deste percurso encontrarão uma mesa que possui diversas imagens de animais e o utente terá de retirar a imagem do animal memorizado anteriormente. Por fim terão de voltar para a fila realizando novamente o percurso e colocar a imagem numa mesa. A atividade termina quando as imagens dos animais estiverem todas retiradas na mesa e colocadas noutra por sequência.	- reconhecer os diferentes animais e memorizar o animal solicitado.		- colocar alternadamente os pés sobre pedras da calçada, - selecionar o animal dito pelo técnico e transportá-lo.	
<b>10:42</b>	Diálogo final	<b>“DIÁLOGO FINAL”</b> Os utentes e o técnico dispõem-se em círculo e dão as mãos. O técnico dá feedbacks sobre a sessão e todos juntos fazem 4 inspirações e 4 expirações à sua ordem. No final fazem o ritual do “bater palmas”.	- desenvolver o espírito crítico; - promover a capacidade de controlo respiratório; - dar término à sessão.		- dar as mãos aos elementos que estão ao seu lado; - estar atento aos feedbacks dados pelo técnico; - realizar as inspirações e as expirações de forma calma.	
<b>3´</b>						

## D2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5

População: Adultos com perturbação psicótica

Local: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - CHTMAD

Data: 4 de fevereiro de 2016

No início da sessão, o técnico fez um pequeno diálogo inicial onde deu a conhecer a dinâmica da sessão e fizeram uma breve apresentação das atividades que iriam ser desenvolvidas nesse dia, assim como os objetivos gerais que foram estipulados no plano de sessão (trabalhar a equilíbrio; desenvolver a praxia global e estimular a memória). Nesta parte introdutória da sessão, à semelhança das sessões anteriores, desenvolveu-se ainda uma breve atividade de apresentação, na qual, em roda e de mãos dadas, os utentes e o técnico tiveram que dizer o seu nome (esta é uma atividade que se repete em todas as sessões visto que, de sessão para sessão, existem sempre utentes novos e desta forma o técnico ficam a conhecer esses novos elementos, existindo assim uma aproximação técnico/utente).

Na primeira atividade “CIRCUITO COLORIDO” na primeira estação a utente Elizabete e a utente Filomena apresentaram dificuldades em memorizar uma sequência escrita num papel tirado de forma aleatória, apesar dessa dificuldade as utentes conseguiram memorizar uma sequência cumprindo assim o critério de êxito e cumprindo também o objetivo específico de memorizar uma sequência com cores. Ainda na primeira estação os utentes conseguiram percorrer uma linha em zig zag tendo que afastar e juntar os braços e as pernas em simultâneo. A utente Filomena e a utente Elizabete apresentaram grandes dificuldades em coordenar os movimentos dos braços com os movimentos das pernas, não cumprindo assim o critério de êxito nem o objetivo específico estipulados para esta tarefa. Na segunda estação a utente Filomena e a utente Elizabete apresentaram dificuldades em lançar a bola para atravessar dentro de um arco que estava em cima de um cone mas apesar dessa dificuldade conseguiram cumprir o critério de êxito estipulado e cumprindo o objetivo específico de trabalhar a coordenação oculo-manual. Ainda na segunda estação todos os utentes foram capazes de percorrer as pedras da calçada, cumprindo assim o critério de êxito e cumprindo também o objetivo específico trabalhar a marcha sobre pedras da calçada. Na terceira estação todos os utentes foram capazes de percorrer uma linha, previamente colocada no chão, em pontas de pés e segurar com os braços uma bola por cima da cabeça, cumprindo assim o critério de êxito e cumprindo também o objetivo específico trabalhar o equilíbrio dinâmico em pontas de pés para a

frente. Ainda na mesma estação os utentes tinham que saltar para dentro dos arcos em apoio unipedal direito com de acordo com a sequência de cores que retiraram e que decoraram no início do circuito. No caso da utente Elizabete e da utente Filomena como apresentaram dificuldades em memorizar a sequência, também apresentaram algumas dificuldades ao saltar para dentro dos arcos correspondentes, mas apesar dessa dificuldade conseguiram cumprir o critério de êxito e o objetivo específico trabalhar o equilíbrio dinâmico em apoio unipedal direito.

Na segunda atividade “ SEQUÊNCIA ANIMAL” os utentes foram divididos em duas equipas mas como só estavam três utentes o técnico fez parte de uma equipa. Os utentes conseguiram decorar o animal dito pelo técnico e conseguiram identificá-lo junto das outras imagens, cumprindo assim o critério de êxito e o objetivo específico reconhecer os diferentes animais e memorizar o animal solicitado. Ainda na mesma atividade os utentes tinham de percorrer um conjunto de arcos e pedras da calçada ate junto das imagens dos animais, nesta tarefa a utente Filomena e a utente Elizabete por vezes não executavam a função pedida mas quando o técnico dava o alerta estas utentes repetiam e executavam a tarefa proposta, cumprindo assim os critérios de êxito e os objetivos específicos trabalhar a marcha sobre pedras da calçada e trabalhar o equilíbrio dinâmico a pés juntos para a frente. Nesta atividade os utentes conseguiram colocar os animais consoante a sequência que o técnico tinha pedido.

## e) Consulta Externa de Esquizofrenia

E1) Exemplo de um plano de Sessão Consulta Externa de Esquizofrenia

## Plano de Sessão

<b>Técnico:</b> Rui Botelho				<b>Local:</b> Centro Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	<b>População:</b> Adultos com perturbação psicótica	
<b>Sessão</b> :	<b>Data:</b> 05/02/201	<b>Hora:</b> 14:30 – 15:15	<b>Duração</b> :	<b>Idade:</b> 18-65 anos	<b>Género:</b> Misto	<b>Estado Emocional:</b>
<b>Objetivos gerais:</b> Trabalhar a equilibração, desenvolver a praxia global e estimular a memória.				<b>Materiais:</b> Caixas, cartões, bastões, bases, figuras almofadadas, arcos, cones, bolas, pegadas, fita adesiva, dados, computador e colunas.		
<b>ATI</b>						
<b>Hora</b>	<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Esquema</b>	<b>Critérios de êxito</b>	<b>Material</b>	
<b>14:30</b>	<p style="text-align: center;"><b>“Diálogo inicial”</b></p> <p>Os utentes encontram-se dispostos em círculo de pé, no centro da sala juntamente com o técnico. O técnico explica o que irá decorrer ao longo da sessão.</p>	<p>-Promover a relação/interação utentes/técnico ;</p> <p>-Captar a atenção dos utentes;</p>		<p>-Comunicar com o técnico e relembrar os seus nomes;</p> <p>-Estarem atentos;</p> <p>-Perceber os objetivos da sessão;</p> <p>-Compreender que a sessão será iniciada.</p>	_____	
3'						
<b>14:33</b>	<b>“Circuito Psicomotor”</b>			-Contornar três bastões		

24'	<p>Os utentes encontram-se divididos em duas filas de pé, dispostos dentro de arcos, numa extremidade da sala. À chamada do técnico, um utente de cada vez deverá realizar um circuito constituído por três etapas. No início da primeira etapa, cada utente deverá retirar de uma caixa um cartão com uma determinada cor (amarelo, azul e verde). De seguida deverão contornar 3 obstáculos realizando um deslocamento sobre os calcanhares. Na segunda etapa os utentes encontrarão cartões com a mesma cor mas diferentes tonalidades que deverão ordenar do mais claro para o mais escuro. Na última etapa os utentes deverão saltar em apoio unipedal esquerdo ou direito (alternando em cada repetição) para um arco e depois para fora deste. Por fim, os utentes terão que lembrar a cor selecionada inicialmente e pontapear uma bola, de forma a acertar no cone da cor correspondente. A atividade termina quando os utentes realizarem o circuito pelo menos duas vezes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potencializar o equilíbrio dinâmico em apoio nos calcanhares;</li> <li>-Estimular a memória cromática;</li> <li>-Trabalhar o equilíbrio dinâmico em apoio unipedal;</li> <li>-Estimular a memória de trabalho;</li> <li>-Desenvolver a coordenação óculo-pedal.</li> </ul>		<p>em apoio nos calcanhares com as mãos na cintura;</p> <p>-Ordenar uma sequência de cores do mais claro para o mais escuro;</p> <p>-Saltar para dentro e para fora do arco em apoio unipedal direito/esquerdo;</p> <p>-Relembrar a cor retirada inicialmente;</p> <p>-Pontapear a bola, acertando no cone correspondente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-2 Caixas;</li> <li>-Cartões;</li> <li>-6 Bastões;</li> <li>-6 Bases;</li> <li>-2 <span style="float: right;">Figuras</span> almofadadas;</li> <li>-2 Arcos;</li> <li>-6 Cones;</li> <li>-2 Bolas;</li> <li>-Computador;</li> <li>-Colunas.</li> </ul>
-----	---	--	--	--	---

14:57	<b>“Jogo do Dado”</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caminhar em apoio plantar completo sobre as pegadas;</li> <li>-Deslocar-se pé ante pé, com as mãos na cintura, sobre uma linha;</li> <li>-Relembrar o significado das imagens representadas no dado;</li> <li>-Deslocar-se afastando e aproximando os membros inferiores sequencialmente, até ao final da fila;</li> <li>-Deslocar-se em saltos a pés juntos até ao final da fila;</li> <li>-Deslocar-se lateralmente, em pontas de pé, até ao final da fila.</li> </ul>	
15'	<p>Os utentes encontram-se divididos em duas equipas, de pé e em fila dentro de arcos, sendo que cada equipa se encontra em lados opostos da sala. No centro da sala estará uma figura almofadada onde estarão dois dados (um para cada equipa) com três imagens diferentes na qual, cada uma corresponde a um deslocamento diferente (árvore: saltos em tesoura; cão: saltos a pés juntos; banana: deslocar-se lateralmente em pontas de pé). Os utentes deverão realizar o percurso até à figura almofadada caminhando sobre as pegadas e seguidamente deslocando-se pé ante pé sobre uma linha marcada no chão. Por fim, os utentes deverão lançar o dado e consoante a imagem que sair deverão realizar o deslocamento correspondente de volta à fila. O utente seguinte começa a tarefa quando o utente anterior regressar à fila. A atividade termina ao fim de 10 minutos cronometrados pelo técnico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potencializar a marcha sobre pegadas;</li> <li>-Trabalhar o equilíbrio dinâmico pé-ante-pé;</li> <li>-Estimular a memória de trabalho;</li> <li>-Trabalhar o equilíbrio dinâmico no deslocamento em tesoura;</li> <li>-Trabalhar o equilíbrio dinâmico a pés juntos;</li> <li>-Potencializar o equilíbrio dinâmico em pontas de pé e em deslocamento lateral.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-12 Pegadas;</li> <li>-Fita adesiva;</li> <li>-2 Dados;</li> <li>-Figura almofadada;</li> <li>-12 Arcos;</li> <li>-Computador;</li> <li>-Colunas.</li> </ul>
15:12	<b>“Diálogo final”</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar uma opinião sobre a sessão, respeitando as opiniões dos outros;</li> <li>-Entender que a sessão terminou.</li> </ul>	
3'	<p>Os utentes e o técnico posicionam-se em círculo, de pé e no centro da sala, de modo a questionar os utentes sobre a sessão e dar término á sessão, onde todos batem palmas como forma de despedida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compreender o estado emocional dos utentes;</li> <li>-Desenvolver o espírito crítico dos utentes em relação à sessão;</li> <li>-Dar a sessão como concluída.</li> </ul>			<hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>

Observações:

## E2) Exemplo de um relatório de sessão n.º5

Sessão: 5

Hora: 14h30-15h15

População: Adultos com perturbação psicótica com idade dos 18 aos 65 anos;

Local: Centro Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Técnico: Rui Botelho

No diálogo inicial, os utentes mostraram-se interessados em dialogar com o técnico. Neste diálogo foi também explicado aos utentes o que ia ser trabalhado na sessão, sendo que todos os critérios de êxito foram cumpridos.

Na primeira atividade, “Circuito Psicomotor”, todos os utentes foram capazes de contornar três bastões em apoio nos calcanhares, embora por vezes alguns utentes se esquecessem de colocar as mãos na cintura, por isso o objetivo específico de potencializar o equilíbrio dinâmico em apoio nos calcanhares foi cumprido generalidade. Todos os utentes conseguiram ordenar a sequência de cores do mais claro para o mais escuro, mesmo quando as tonalidades eram muito semelhantes por isso observamos que foi possível estimular a memória cromática. Em relação a saltar para dentro e para fora do arco em apoio unipedal foi observado que alguns utentes demonstram algum desequilíbrio principalmente a saltar em apoio unipedal esquerdo, no entanto, com alguma ajuda por parte do técnico, todos realizaram os saltos por isso o objetivo específico de trabalhar o equilíbrio dinâmico em apoio unipedal foi executado com sucesso. Seguidamente os utentes tinham de lembrar a cor retirada inicialmente pois essa seria a cor do cone para onde teriam de pontapear e a maioria foi capaz de o fazer, à exceção de alguns utentes, no entanto, observamos que o objetivo específico de trabalhar a memória de trabalho, no geral, foi cumprido. Por fim, muitos utentes falharam no que diz respeito a

pontapear a bola acertando no arco correspondente, uma vez que uma grande parte dos utentes não acertou no cone que deveria, por isso podemos concluir que o objetivo específico de trabalhar a coordenação óculo-pedal não foi cumprido com sucesso.

Simultaneamente com o “Circuito Psicomotor”, foi realizada uma atividade para os

utentes que se encontravam dispostos em linha, e à vez, deveriam dirigir-se até à parede de forma a completar o dominó cuja primeira peça foi “jogada” pela técnica. Estes deslocamentos até à parede eram realizados de diferentes formas com o objetivo de trabalhar o equilíbrio que foi um dos objetivos gerais da sessão. Com esta atividade, podemos observar que todos os utentes se revelaram capazes de efetuar os deslocamentos pelo que apresentam um equilíbrio bem desenvolvido.

Em relação à segunda atividade, “Jogo do dado”, todos os utentes foram capazes de caminhar em apoio plantar completo, deslocar-se afastando e aproximando os membros inferiores sequencialmente, deslocar-se pé ante pé, com as mãos na cintura (apenas uma utente se esquecia frequentemente de colocar as mãos na cintura), deslocar-se em saltos a pés juntos e lateralmente em pontas de pés. Por outro lado, verificaram-se mais dificuldades no critério de êxito que exigia relembrar o significado das imagens representadas no dado, sendo que, uma grande parte dos utentes não foi capaz de memorizar.

No diálogo final, os utentes foram estimulados de modo a despertar o espírito crítico para que fosse possível elaborar uma opinião sobre a sessão realçando o que mais gostaram. Ao terminar podemos ter uma noção do estado emocional dos utentes e concluímos que se encontravam alegres e satisfeitos por terem participado na sessão. De um ponto de vista geral, os utentes revelaram uma equilibração bem desenvolvida, contudo a memória parece estar em défice relativamente aos restantes domínios trabalhados na sessão. Em futuras sessões iremos continuar a explorar a equilibração e a praxia global sempre com o objetivo de explorar as potencialidades dos utentes e iremos também focar o trabalho ao nível da memória, visto que, tanto nesta sessão como em sessões anteriores, comprovamos que é uma dificuldade da população em geral.