



# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

## **Intervenção Psicomotora em Saúde Mental**

**Ana Pontes Ramalho**

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)

Orientação: Enfermeiro António Artur Querido Mendes (Hospital do Espírito Santo de Évora)

Local de Estágio: Hospital do Espírito Santo de Évora

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

## **Intervenção Psicomotora em Saúde Mental**

**Ana Pontes Ramalho**

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)

Orientação: Enfermeiro António Artur Querido Mendes (Hospital do Espírito Santo de Évora)

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

**Constituição do Júri:**

Presidente do Júri: Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes

Arguente: Professor Doutor Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes

Orientador: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida



## DECLARAÇÃO

De acordo com o ponto 1 do artigo 129º do Regulamento Académico da Universidade de Évora, declaro que valido a introdução das correções na versão final da Dissertação/Relatório de Estágio da aluna *Ana Pontes Ramalho*, intitulada "**Intervenção Psicomotora em Saúde Mental**", realizada no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade.

Universidade de Évora, 15 de fevereiro de 2019

*Gabriela Neves de Almeida*  
(Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Neves de Almeida)



## **RESUMO**

### **Intervenção Psicomotora em Saúde Mental**

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo geral descrever toda a experiência que foi adquirida no âmbito do Estágio do Mestrado em Psicomotricidade que decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, no Hospital de Dia e no Internamento. Os objetivos específicos do estágio foram os seguintes: contextualizar a prática Psicomotora num serviço de Saúde Mental; descrever a intervenção psicomotora em casos individuais e grupos terapêuticos e verificar o impacto de uma intervenção psicomotora em dois estudos de caso com experimentação individual, enquadrando-se na Perturbação Depressiva e na Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Os instrumentos utilizados para avaliar os utentes nos momentos pré e pós-intervenção foram os seguintes: Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca, Mini Mental State Examination, Escala de Observação de Louvain e Esquema de Tensões. Concluiu-se que a intervenção psicomotora é essencial no trabalho multidisciplinar para os indivíduos com perturbações ao nível da saúde mental.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade; Saúde Mental; Depressão; Perturbação obsessivo-compulsiva

## **ABSTRACT**

### **Psychomotor Intervention in Mental Health**

This probationary report's main objective is to describe all the experience attained in the internship of the master's degree in Psychomotricity, which was held in the Psychiatry and Mental Health Department more specifically in the day hospital and hospital stay facilities. The specific aims of the internship were the following: Contextualize the psychomotor practice in a Mental Health service; describe the psychomotor intervention in both individual cases and therapeutic groups, and verify the impact of an individual intervention in two case studies framed in the Depressive Disorder and the Obsessive Compulsive Disorder. The measuring methods utilized to assess the patients in pre and post intervention moments were the following: Psychomotor Battery of Vítor da Fonseca, Mini Mental State Examination, Observation scale of Louvain and Esquema de Tensões. It was conclude that psychomotor interventions are essential in a multidisciplinary service to patients suffering from mental health disorders.

**Keywords:** Psychomotricity; Mental health; Depression; Obsessive Compulsive Disorder

## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas pessoas sol, aos que nos ajudam a acreditar em nós mesmos nos piores dias, que entendem o nosso silêncio e que permanecem ao nosso lado, sem perguntas. Aos que nos repetem de forma constante que estão do nosso lado, e estão mesmo. Aos que são o nosso balão de oxigénio quando não conseguimos respirar, ao que são a nossa corda que não parte, aos que são o nosso colo onde podemos descansar, aos que são a nossa força, o nosso coração, a nossa luz nos dias que às vezes nos falta. Aos que dia após dia continuam a ser a nossa casa.

Obrigada Professora Gabriela Almeida pela disponibilidade e dedicação sem fim, pela escuta atenta e por todos os ensinamentos que me transmitiu não só a nível profissional como pessoal.

Obrigada a todo o serviço de Psiquiatria, por me terem recebido da melhor forma e partilhado comigo todas as experiências e conhecimentos. Em especial, ao meu orientador, Enfermeiro Artur Mendes, por me ter acolhido e responsabilizado por mim, por se dedicar e preocupar por todo o meu percurso, encorajando-me sempre a ser uma melhor profissional. Sem esquecer a Terapeuta Zaida Nunes, pela dedicação diária a mim e a todo o meu trabalho; por ter sido o meu braço direito, o esquerdo, as duas pernas e às vezes a minha cabeça também, por me ter permitido ultrapassar todos os obstáculos que sem si não tinha sido possível.

Obrigada a todos os utentes, do Internamento e do Hospital de Dia, por me terem feito refletir várias vezes sobre as dificuldades da vida e a manter a confiança para o dia de amanhã. Por me proporcionarem momentos e experiências tão incríveis. O meu coração ficou com vocês.

Obrigada a toda a minha família, destacando os meus pais, por me proporcionarem mais um momento de aprendizagem, por lutarem pelo meu futuro e contribuírem para eu ser para uma pessoa melhor com objetivos definidos na vida.

Obrigada às minhas companheiras de Universidade, Beatriz, Teresa, Inês e Ana Sofia, por todos os momentos, por todas as conversas e todas as gargalhadas ao fim de um dia de trabalho. Assim, como aos meus afilhados académicos, Afonso, Marisa e Mariana, por todo o interesse no meu trabalho e toda a preocupação diária. Preenchem o meu coração de um modo incalculável.



E por fim, não menos importantes, aos meus parceiros diários, os que limpam as lágrimas e provocam sorrisos, aos que transportam todas as energias negativas para longe, aos que são os meus dias e as minhas noites, aos que são o verdadeiro significado de amor e amizade, Ana Coelho e Pedro Gameiro.

O meu mais sincero obrigada, porque agradecer nunca é demais, a todos os que me fazem crescer diariamente, a nível pessoal e profissional ao longo desta caminhada.

## ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	1
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....	5
2.1 – SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL .....	5
2.2 – PSICOMOTRICIDADE .....	7
2.2.1 – PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL.....	8
2.3 – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	11
2.4 – CARATERIZAÇÃO DAS PROBLEMÁTICAS DA POPULAÇÃO.....	12
3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO .....	13
3.1 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO .....	13
3.1.1 – CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO E HORÁRIO SEMANAL .....	13
3.1.2 – PROGRESSÃO DAS ATIVIDADES .....	15
3.1.3 – EXPERIÊNCIAS COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO .....	15
3.2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA .....	16
3.3 – ETAPAS DE INTERVENÇÃO.....	17
3.4 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	17
3.4.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA.....	17
3.4.2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION.....	18
3.4.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN.....	19
3.4.4 – ESQUEMA DE TENSÕES .....	20
3.4 – ENCAMINHAMENTO PARA A PSICOMOTRICIDADE .....	20
3.4.1 – INTERVENÇÃO EM GRUPO .....	20
3.4.2 – INTERVENÇÃO INDIVIDUAL .....	29
4 – PSICOPATOLOGIA DOS ESTUDOS DE CASO .....	32
4.1 – PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA .....	32
4.1.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO .....	34
4.2 – PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR.....	35

4.2.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO .....	38
4.3 – PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE HISTRIÓNICA .....	39
4.3.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO .....	40
4.4 – ANOREXIA .....	40
4.4.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO .....	42
5 – ESTUDO DE CASO 1 .....	43
5.1 – IDENTIFICAÇÃO .....	43
5.2 – AVALIAÇÃO INICIAL .....	45
5.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO IN FORMAL (ADAPTADA) .....	45
5.2.2 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA .....	46
5.2.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	48
5.2.4 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN .....	49
5.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO .....	50
5.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS .....	51
5.5 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL .....	54
5.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO .....	56
5.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	56
5.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS .....	57
5.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES .....	57
5.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA .....	58
5.7.1 – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL .....	58
5.7.1.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA .....	58
5.7.1.2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	60
5.7.1.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN .....	60
5.7.2 – DISCUSSÃO .....	62
6 – ESTUDO DE CASO 2 .....	65
6.1 – IDENTIFICAÇÃO .....	65
6.2 – AVALIAÇÃO INICIAL .....	66

6.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO IN FORMAL (ADAPTADA) .....	66
6.2.2 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA .....	67
6.2.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	69
6.2.4 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN .....	70
6.2.4 – ESQUEMA DE TENSÕES .....	71
6.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO .....	71
6.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS .....	72
6.5 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL .....	74
6.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO .....	76
6.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	76
6.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS .....	77
6.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES .....	77
6.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA .....	77
6.7.1 – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL .....	77
6.7.1.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA .....	77
6.7.1.2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	79
6.7.1.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN .....	80
6.7.1.4 – ESQUEMA DE TENSÕES .....	81
6.7.2 – DISCUSSÃO .....	81
7 – CONCLUSÃO .....	83
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	85
9 – ANEXOS .....	X
ANEXO A – UTENTE CS .....	XI
ANEXO A.1 – EXEMPLO DE PLANEAMENTO .....	XI
ANEXO A.2 – EXEMPLO DE RELATÓRIO .....	XV
ANEXO B – UTENTE J .....	XIX
ANEXO B.1 – EXEMPLO DE PLANEAMENTO .....	XIX
ANEXO B.2 – EXEMPLO DE RELATÓRIO .....	XXIII

ANEXO C – GRELHA DE OBSERVAÇÃO INFORMAL (ADAPTADA)..... XXVII

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Fig. 1 – Organograma do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental .....	12
--	----

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico. 1 – Resultado Inicial do MME – Utente CS .....	53
Gráfico. 2 – Resultados Iniciais e Finais do MME – Utente CS.....	65
Gráfico. 3– Resultado Inicial do MME – Utente J .....	75
Gráfico. 4 – Resultados Iniciais e Finais do MME – Utente J .....	85

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Horário Semanal das Atividades de Estágio.....	15
Tabela 2 – Objetivos Gerais e Específicos para os utentes do Hospital de Dia .....	29
Tabela 3 – Objetivos Gerais e Específicos para os utentes do Internamento .....	30
Tabela 4 – Objetivos Gerais e Específicos definidos para o utente P .....	33
Tabela 5 – Resultados iniciais da BPM - Utente CS .....	50
Tabela 6 – Resultado da Escala Observação de Louvain – Utente CS .....	54
Tabela 7 – Perfil intra-individual da utente CS .....	59
Tabela 8 – Perfil intra-individual da utente CS: objetivos gerais e específicos. ....	59
Tabela 9 – Comparação dos Resultados iniciais e finais da BPM– Utente CS .....	62
Tabela 10 – Comparação da avaliação inicial e final da Escala Observação de Louvain – Utente CS .....	66
Tabela 11 – Resultados iniciais da BPM – Utente J .....	72
Tabela 12 – Resultado da Escala Observação de Louvain – Utente J .....	75
Tabela 13 – Perfil intra-individual da utente J .....	80
Tabela 14 – Perfil intra-individual da utente J: objetivos gerais e específicos.....	80
Tabela 15 – Comparação dos Resultados iniciais e finais da BPM – Utente J .....	83
Tabela 16 – Comparação da avaliação inicial e final da Escala Observação de Louvain – Utente J.....	86

## 1 – INTRODUÇÃO

Os conceitos de Saúde Mental e Doença Mental sofreram várias alterações ao longo dos tempos. Estas alterações devem-se à sociedade e ao modo como esta encarava a doença, assim como as consequências das mesmas. Devido aos mais estudiosos, os mistérios da Doença Mental foram desvendados e cresceu o mundo da Psiquiatria como a conhecemos na atualidade.

Na Idade Média, a loucura era compreendida como um fenómeno, partiam do pressuposto que os indivíduos que tivessem comportamentos desadequados estavam possuídos por espíritos demoníacos, existindo uma forte relação entre o mundo oculto e a Doença Mental (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

Segundo Alves (2001), na época do absolutismo e da ascensão da classe burguesa, todas as pessoas tomadas como loucas foram institucionalizadas em asilos, sem cuidados médicos e sem contacto com o mundo exterior. No século XVII pelos países da Europa, foram construídos vários hospitais que tinham como objetivo o internamento dos doentes psiquiátricos. Os hospitais não prestavam cuidados médicos aos doentes e não existia interesse em encontrar a cura. Estas medidas foram tomadas como uma prevenção da sociedade civil (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

No século XVII foram criados os hospitais específicos para os loucos, criados pelos Árabes, influenciados pelos Espanhóis que tiveram interesse em estudar o modo de tratar a “loucura”. No século XVIII, por influência do capitalismo e da industrialização e das ideias da Revolução Francesa, o termo “louco” deixou de ser usado para se começar a designar de doente mental. Em França, os doentes mentais começaram a deixar de ser punidos pelo seu estado e a serem tratados devido a doenças psiquiátricas (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

Ao longo do século XIX com o avanço das ciências e do conhecimento começou a ser administrado o tratamento através dos fármacos. Foi desde então, que a doença mental começou a ser encarada como sendo de origem orgânica (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

No século XX começaram a surgir diversas correntes de pensamento acerca da origem das patologias: que defendia que existia uma correlação entre os sintomas e as lesões no cérebro e outra que relacionava os sintomas às alterações do funcionamento psíquico. Foram no mesmo século, verificadas diversas mudanças no modo como o doente mental

era encarado, foram adotadas as técnicas de grupo e técnicas psicodramáticas (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

Segundo Alves (2001), a partir dos anos 50, a evolução ao nível dos fármacos fez com que os doentes hospitalizados diminuíssem de forma significativa. Foram então inseridas as respostas alternativas aos hospitais psiquiátricos, como os tratamentos em ambulatório, os hospitais de dia, a psiquiatria nos hospitais gerais e outras estruturas comunitárias.

A intervenção comunitária ao nível da Saúde Mental começou a desenvolver-se a partir dos anos 60, começando a incluir a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Desse modo, os hospitais começaram a ser substituídos por centros comunitários que permitia um acesso mais fácil e os cuidados continuados (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2014).

A Psicomotricidade ao longo dos anos tem evoluído de forma significativa e vista como uma terapia essencial para diversas patologias e contextos. Existiram vários estudiosos que através do seu conhecimento, investigaram e investiram para a Psicomotricidade ser reconhecida como é na atualidade. Ao nível da Saúde Mental podemos salientar alguns como: Edouard Dupré, Wallon e Ajuriaguerra.

Edouard Dupré, em 1907, desenvolveu a noção de Reeducação Postural relacionado com a debilidade mental, surgiu o termo debilidade motora, suportando os esquemas reeducativos em três sintomas, a inabilidade, a sincinesia e a paratonia (Costa,2008). Em 1909, no campo patológico, Dupré introduziu o termo “psicomotricidade” após os primeiros estudos sobre a debilidade motora nos débeis mentais (Fonseca, 2010).

Henri Wallon, depois da primeira guerra mundial, em 1925, desenvolveu uma obra em que relacionava o movimento com o psiquismo, afirmando que o movimento era o primeiro instrumento de trabalho do psiquismo (Costa,2008). É responsável por uma das obras mais importantes a nível do desenvolvimento psicológico da criança. O autor defende que o papel da função tónica e da emoção são processos básicos da intervenção psicomotora. Existem estádios wallonianos relacionados com a atividade intelectual da criança: impulsivo, tónico-emocional, sensório-motor, projetivo, personalístico, categorial e da puberdade e adolescência. Em 1929, afirma que o desenvolvimento psicológico da criança deve-se à oposição e substituição das atividades que se precedem umas às outras (Fonseca, 2010).



Wallon, após a publicação de outras obras no ano de 1942 e 1945, desenvolveu o fenómeno tónico-movimento, em que afirmava que “a função postural está essencialmente vinculada e associada ao estado emocional do bebé”, o autor defendia que o movimento era o principal construtor do pensamento (Costa,2008).

Ajuriaguerra tinha principal interesse na patologia dos distúrbios, tentando compreendê-la através de uma classificação baseada em várias sintomatológicas (Costa,2008). Os estudos sobre as síndromas psicomotoras foram importantes para relacionar a psicomotricidade, a inteligência, a afetividade e a sociabilidade (Fonseca, 2010). Em parceria com Soubiran, desenvolveram um exame psicomotor onde podiam avaliar esses distúrbios, com os resultados que tiveram determinaram a Reeducação Psicomotora na criança ou no jovem, o objetivo era criar exercícios que pudessem contrair o distúrbio que já existia (Costa,2008) influenciados pela obra de Wallon (Fonseca, 2010).

Wallon defendia o esquema corporal não como uma unidade biológica ou psíquica, mas sim como uma construção, o ponto de partida para o desenvolvimento da personalidade da criança. Este estudo, teve uma grande influência a nível da educação, influenciado diversos autores como Pick e Vayer, Le Boulch, Lapierre e Aucouturier e Defontaine. Influencia também os estudos a nível da psicologia, da pedopsiquiatria e da psicologia do desenvolvimento, estimulados a partir das pesquisas sobre a imagem especular. Ajuriaguerra dá continuidade às obras de Wallon, dirige a clínica de Bel-Aire em Genebra e desenvolve pesquisas sobre o tónus, métodos de relaxação e consagra-se uma das psiquiatras infantis mais importantes. (Fonseca, 2010)

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio no âmbito do mestrado em Psicomotricidade, pela Universidade de Évora. O estágio decorreu no serviço de Psiquiatria do Hospital do Espírito Santo em Évora, mais concretamente na equipa do Internamento e na equipa do Hospital de Dia, com adultos com experiência de doença mental.

Este documento é constituído por nove capítulos, sendo o primeiro esta introdução. O capítulo II diz respeito ao enquadramento teórico que pretende enquadrar a saúde mental em Portugal, a caracterização da Psicomotricidade na saúde mental, a caracterização da instituição e por fim, uma caracterização geral sobre as problemáticas da população. O capítulo III visa a descrição da organização das atividades de estágio propriamente ditas, nomeadamente a descrição das atividades, a intervenção

psicomotora, as etapas de intervenção, descrição dos instrumentos de avaliação e a intervenção psicomotora individual e em grupo, com a respetiva caracterização. No capítulo IV descreve teoricamente as psicopatologias dos estudos de caso, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação da Personalidade Histriónica e a Anorexia. O capítulo V e VI dizem respeito aos estudos casos acompanhados, descrição dos resultados das avaliações realizadas, construção dos projetos individuais e respetiva discussão. O capítulo VII refere-se às considerações finais onde se procede a uma reflexão e análise crítica sobre o estágio e o desenvolvimento pessoal e profissional da estagiária. Por fim, o capítulo VIII diz respeito às referências bibliográficas e o capítulo IV é composto pelos anexos, que pela sua extensão, se encontram maioritariamente em suporte digital.

Os objetivos específicos do estágio e do respetivo Relatório de Estágio foram os seguintes: (i) enquadrar e contextualizar a prática Psicomotora num serviço de Saúde Mental; (ii) proceder ao levantamento e descrição dos casos encaminhados para a Psicomotricidade; (iii) contextualizar e descrever a intervenção psicomotora em casos individuais e em grupos terapêuticos, em contexto de serviço de internamento e de ambulatório; (iv) verificar o impacto de uma intervenção psicomotora em dois estudos de caso com experimentação individual, que se enquadrem na perturbação depressiva e na perturbação obsessivo-compulsiva; (v) refletir sobre a relevância da Psicomotricidade no Departamento de Psiquiatria e (vi) descrever todas as atividades realizadas no Serviço de Psiquiatria e no âmbito do Estágio e das tarefas de um Psicomotricista, neste Departamento.

## **2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

O presente capítulo trata os conceitos de: Saúde Mental em Portugal e Psicomotricidade e a sua relação com a Saúde Mental. De seguida apresenta-se a caracterização da instituição onde se realizou o estágio e, por fim, caracteriza-se as problemáticas da população acompanhada no decorrer do estágio.

### **2.1 – SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL**

Saúde mental (SM) segundo a Organização Mundial de Saúde é uma condição de bem-estar em que o indivíduo consegue utilizar as suas capacidades individuais, a nível profissional consegue ser produtivo, enfrenta as dificuldades que ocorrem ao longo da vida e contribui para a comunidade de forma ativa (Almeida, 2018). A definição de Saúde Mental é resultado de um conjunto de fatores, sendo eles as diferenças culturais, classes, géneros e os países de origem, devido a isso é difícil chegar a um consenso geral sobre a definição (WHO, 2005).

A Saúde Mental é considerada como um bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de uma patologia. Centra-se em três ideias principais sendo elas: i) que a Saúde Mental é uma componente da saúde; ii) que a Saúde Mental é mais do que a ausência de patologia; e, iii) que a Saúde Mental está diretamente relacionada com a saúde física e com o comportamento (WHO, 2005).

A Doença Mental é então, a oposição da definição de Saúde Mental, em que está presente sofrimento a nível psíquico, uma perturbação a nível relacional e também da produtividade. As Doenças Mentais podem ser agrupadas em dois grupos distintos segundo o tipo de gravidade: - a Doença Mental comum e a grave. Dentro do grupo das Doenças Mentais comuns estão presentes as perturbações da ansiedade, perturbações afectivas ou do humor, perturbações do comportamento e perturbações do uso de álcool e outras substâncias; estas patologias são comuns na sociedade, e procuram frequentemente cuidados de saúde e não apresentam alterações consideradas graves. As Doenças Mentais consideradas graves apresentam de forma recorrente sintomas psicóticos como as ideias delirantes, alucinações, afastamento da realidade e também ausência da consciência da patologia, as atividades da vida diária e profissionais por norma sofrem alteração podendo levar à incapacidade; as patologias mais comuns deste grupo são a esquizofrenia e a perturbação bipolar (Almeida, 2018).

Os resultados da investigação epidemiológica em Portugal revelaram que o país se encontra entre os países com maior taxa de prevalência de doenças mentais na Europa

(Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2010), o que foi de encontro ao estudo anterior de 2003 em que os casos de sofrimento psicológico em Portugal eram superior à média do contexto europeu. A incidência é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, com idade acima dos 65 anos, reformadas, viúvas e com um suporte social de nível baixo (Almeida, 2018).

A perturbação da ansiedade está em primeiro lugar na lista das perturbações mais comuns em Portugal, seguindo-se da perturbação do humor, com 16.5% e 7.9%, respectivamente (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,2010).

No que diz respeito a diagnósticos, segundo a Investigação Epidemiológica em Portugal as perturbações mais diagnosticadas nos últimos 12 meses foram as fobias específicas, perturbação depressivas major, perturbação obsessivo-compulsiva, a fobia social e, por último, a perturbação do stress pós traumático (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,2010).

Existe uma co-morbidade entre as doenças psiquiátricas, ou seja, 5.3% das pessoas envolvidas no estudo apresentavam duas doenças psiquiátricas em simultâneo, e 2.9% apresenta duas ou mais perturbações (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,2010).

A maioria das perturbações de Saúde Mental em Portugal são de gravidade ligeira a moderada, 31.9% e 50.6% respetivamente. Relativamente aos casos graves apenas corresponde a 17.5% da população (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,2010).

Em Portugal, as mulheres são o género com maior probabilidade de padecer perturbações depressivas e da ansiedade, enquanto os homens têm um risco maior de sofrer perturbações pelo abuso de substância e perturbações do controlo de impulsos. Visto que as perturbações de ansiedade e depressivas apresentam uma percentagem significativamente maior em comparação com as restantes, podemos referir que as mulheres apresentam um risco mais elevado em Portugal de sofrerem uma doença psiquiátrica (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,2010).

Na atualidade, a Lei de Saúde Mental é decretada pela Lei nº304/2009 que integra o Decreto-Lei nº35/99 que regista as alterações resultantes do Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016 e as alterações da organização do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº304-09). Foi criado também, o Decreto-Lei nº8/2010 que retrata os Cuidados

Integrados de Saúde Mental e, que circunscreve um conjunto de equipas e unidades para articulação com os serviços local de SM e com a rede nacional de cuidados continuados (Decreto-Lei nº8/10). No que diz respeito à prestação de cuidados de SM, o Decreto-Lei 304/2009 estipula que devem ser assegurados por equipas multidisciplinar com capacidade para responder às necessidades médicas, psicológicas, sociais e de reabilitação, existe uma necessidade da participação e intervenção de outros profissionais para além do serviço médico (Decreto-Lei nº304/09; CNSM,2008).

## 2.2 – PSICOMOTRICIDADE

Segundo Fonseca (2010), a Psicomotricidade é uma prática que estuda e investiga as influências e as relações sendo estas sistémicas e recíprocas, entre o psiquismo e a motricidade. A Psicomotricidade é vista como uma terapia com recurso à mediação corporal que tem como objetivo estudar o homem num todo, procurando avaliar e observar as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mimica do indivíduo. O autor apresenta uma visão holística do homem, não realizando uma distinção do corpo e da mente, cognição, emoção, simbolismo e motricidade, na sua forma de agir no contexto biopsicossocial. Segundo Maximiano (2004), a Psicomotricidade estuda a expressão de um corpo como um constructo da sua unidade biopsicossocial, encaminhando a sua intervenção para o “eu corporal”, utilizando assim as vivências corporais.

O movimento e a expressão simbólica apresentam uma relação, em que o objetivo é atribuir um sentido ao comportamento e à ação humana, tendo em ponderação a relação que esse comportamento humano tem com o seu envolvimento e com ele mesmo (Fernandes, 2015). Mastrascusa e Franch (2016) apresentam, o que consideram ser as quatro funções do movimento, sendo elas a (1) adaptativa que se relaciona com a regulação dos processos internos do organismo, a (2) relacional associada à sobrevivência da espécie e à competência para estabelecer relações afetivas com os outros, a (3) comunicativa que representam os estados emocionais e mentais (com ou sem intencionalidade) e a (4) cognitiva quando associada às experiências emocionais.

Na Intervenção Psicomotora destaca-se a relação com o outro na base do desenvolvimento do indivíduo, a complexidade do conceito do movimento, a dimensão global do indivíduo e a importância do indivíduo no seu próprio desenvolvimento (Mastrascusa & Franch, 2016). Privilegia-se ainda as experiências associadas à

interiorização pela vivência corporal, tendo em consideração os domínios: neuromotor, emocional ou afetivo e o cognitivo (Branco, 2010).

Uma das principais características da terapia, segundo Maximiano (2004), é o facto de cada intervenção ser adaptada ao indivíduo de acordo com as suas características, com a finalidade do utente modificar as atitudes consigo próprio de acordo com os diferentes contextos onde se insere.

Nas sessões de Psicomotricidade proporciona-se ao utente um ambiente facilitador e promotor de vivências e partilha de emoções. A relação terapêutica tem como base a empatia e a capacidade do terapeuta intervir segundo as necessidades, sem executar qualquer julgamento (Costa, 2008). O Psicomotricista deve apresentar a capacidade de observação e de escuta, a competência de elaborar diferentes estratégias consoante o contexto, capacidade de elaborar de maneira criativa e adequada diferentes atividades para o decorrer das sessões, deve estar desenvolvida a capacidade de estabelecer a comunicação com a família e com outros profissionais e competência para realizar uma auto-reflexão (Rodríguez & Llinares, 2001).

A Intervenção Psicomotora deve decorrer em sessões sistemáticas, consciencializadas para que o indivíduo forme novos circuitos neuronais, assim como novas memórias, para que possa ser utilizado em outra experiência que o utente necessite (Martins, 2015).

Existem diversas técnicas que podem ser utilizadas na intervenção, segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2012), a relaxação, a reeducação postural, a expressão, o movimento e atividades lúdicas.

### 2.2.1 – PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL

Na Terapia Psicomotora a utilização de recursos como as experiências corporais, movimentos, consciência sensorial, procuram ir de encontro à resolução dos problemas psiquiátricos dos indivíduos (Probst, 2017). Desse modo, é promovida a mudança a nível do funcionamento psíquico através do movimento, com o objetivo que ocorra uma diminuição das manifestações da doença (Probst & Van de Vilet, 2003).

Segundo Probst (2007), a Psicomotricidade estimula e integra competências motoras, cognitivas e afetivas que integram o comportamento humano, que permitem ao indivíduo ser independente dentro do seu contexto psicossocial.

O indivíduo ao participar na Terapia Psicomotora entra em contacto com novas experiências sobre as quais tem que encontrar respostas para que sirvam como uma fonte dinâmica de mudança (Probst, 2017).

A Psicomotricidade procura obter resultados positivos a nível psicológico, físico, cognitivo, perceptivo, afetivo e comportamental através de atividades que utilizam o movimento. No caso da Psiquiatria, o facto de se utilizarem movimentos que representam situações da vida real promove no indivíduo uma boa estrutura, assim como, a oportunidade criar uma nova imagem realista das suas capacidades e limites (Probst, 2017).

O Psicomotricista ao intervir deve direcionar a sua intervenção consoante a necessidade de cada utente. Existem dois modelos que se podem seguir: a intervenção direcionada para a ação ou a intervenção direcionada para a experiência. Na intervenção direcionada para a ação, o principal objetivo é o desenvolvimento de capacidades mentais e físicas e o suporte ao desenvolvimento pessoal, de que faz parte um treino que promove ou desenvolve as habilidades psicomotoras, sensoriais, preceptivas, cognitivas, sociais e emocionais. Na intervenção orientada para a experiência, o indivíduo participa em diversas atividades de movimento que faz com que entre em contacto com várias emoções, pensamentos negativos e comportamentos indesejados (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Na intervenção com a população adulta com patologias a nível psiquiátrico, a psicomotricidade deve ter como os principais objetivos de intervenção: (1) a consciência do corpo deve ser aumentada para ser utilizada como instrumento de expressão e de comunicação no tempo e no espaço; (2) desenvolver a capacidade de tolerância à frustração e maior auto-regulação; (3) reduzir os comportamentos impulsivos; (4) aumentar a auto-estima através de vivências positivas da sua imagem corporal, desenvolvendo também a coordenação, o equilíbrio, a capacidade de relaxação e o controlo respiratório; (5) aumentar a capacidade de relacionamento interpessoal; (6) adquirir ou desenvolver a capacidade de auto-reflexão; (7) adquirir um insight mais consistência sobre os conflitos inter e intrapsíquicos; (8) desenvolver a autonomia e, por fim, (9) manter a capacidade funcional do indivíduo (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Segundo Probst e Van de Vilet (2003), são utilizadas diversas técnicas e metodologias na intervenção, sendo que se destacam as (1) atividades de relaxação e

consciencialização corporal, as (2) atividades gnósico-práticas e as (3) atividades expressivas.

A **relaxação** permite que exista uma mudança a nível tónico quando acompanhada por uma evolução ao nível da consciência mental, em que ocorre a necessidade de adaptação dos comportamentos psicomotores (Ponsin, 2002). A relaxação em psiquiatria incentiva a uma consciencialização da função tónica, levando o indivíduo a distinguir essa consciência da expressão do movimento. O indivíduo deve apresentar um estado de passividade total que lhe permita representar sem expressão motora, centrando-se nas sensações propriocetivas que vão dar acesso às experiências traumáticas que estão marcadas na memória tónica, fazendo com que ocorra uma elaboração das mesmas. O indivíduo consegue estabelecer o diálogo consigo próprio através da perceção tónica, em que existe a consciência de que o corpo é o principal recetor de ritmos internos e externos (Maximiano, 2004). A **consciência corporal** resulta do campo afetivo e do meio que nos rodeia, na medida em que a sua relação permite o estabelecimento de apoios e formas de reagir, sendo importante estabelecer a importância que o corpo revela ao nível do conhecimento e descoberta do meio ambiente (Costa, 2008).

As **atividades gnósico-práticas** apresentam uma relação direta entre as capacidades cognitivas e a qualidade espacial e temporal da praxia. Desse modo, podemos distinguir a gnosis que elabora o reconhecimento de um objeto ou estímulo exterior utilizando a perceção das informações sensoriais do envolvimento, e a praxia que atua no envolvimento através de movimentos ou gestos realizados de forma intencional. Probst (2007) refere então, que as atividades que utilizam o movimento não são benéficas apenas a nível físico, que existe uma melhora a nível cognitivo e perceptivo, e também na relação com o outro, a nível afetivo e comportamental.

As **atividades expressivas** permitem que os conflitos internos sejam evocados e projetados durante o seu processo, permitindo a libertação emocional, como as confusões reprimidas e perturbadoras e medos (Aragão, 2005). Existem exemplos de atividades que consideramos serem pertinentes e vantajosas na intervenção psicomotora, uma vez que, segundo a revisão realizada por Blomdahl, Gunnarsson, Guregård e Björklund (2013), pode ser promovida a auto consciência e consequentemente a auto-exploração, nomeadamente através de atividades que explorem as diversas reações emocionais vivenciadas no quotidiano dos indivíduos e que por sua vez, irá permitir um



maior conhecimento e aceitação de si mesmo. As atividades de auto-expressão utilizam as cores e os símbolos assim como o movimento e a verbalização das experiências vividas durante as atividades, permitindo a expressão de pensamentos e sentimentos, para uma melhor compreensão das suas vivências (Blomdahl, Gunnarsson, Guregård e Björklund, 2013), que por sua vez também irá permitir que o psicomotricista conheça e compreenda a história e o indivíduo com que intervém.

### 2.3 – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital foi formado em 1992, sendo responsável pela prevenção primária, secundária e terciária ao nível da Psiquiatria e Saúde Mental no Alentejo Central. A principal missão é promover a Saúde Mental, tratar as doenças psiquiátricas tanto no ambulatório como no internamento e proporcionar uma reabilitação e reinserção socioprofissional e familiar dos doentes (Hospital Espírito Santo E.P.E, 2018).

Os serviços que fazem parte do departamento são os seguintes: o Serviço de Psiquiatria, o Serviço de Enfermagem, o Serviço de Psicologia, Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, o Serviço Social, a Terapia da Fala, a Terapia Ocupacional, o Serviço Administrativo, o Serviço Geral e o Serviço de Internamento (Hospital Espírito Santo E.P.E, 2018).

As principais atividades desenvolvidas no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental são: as consultas de alcoologia para doentes com patologia dual, o internamento de doentes da área do Alentejo Central, a consultadoria com centros de saúde do distrito, telemedicina, serviço de urgência, psiquiatria forense e consulta externa de psiquiatria geral (Hospital Espírito Santo E.P.E, 2018).

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental dispõe de consultas de Psiquiatria, de Psiquiatria de infância e adolescência, de Terapia Ocupacional, de Terapia da Fala, de Psicologia, de acolhimento infantil e de Enfermagem (Hospital Espírito Santo E.P.E, 2018).

A Unidade de Internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental tem como finalidade o internamento de adultos com doenças a nível psiquiátrico, sendo que a decisão de internamento deverá ser realizada por um médico da especialidade de Psiquiatria, através do Serviço de Urgência ou de consultas externas de Psiquiatria. O serviço dispõe de quatros com capacidade máxima de 16 camas, uma sala de fumo para

uso dos utentes, gabinetes de trabalho, espaço de Terapia Ocupacional, uma sala de convívio, um refeitório e as instalações sanitárias (Hospital Espírito Santo E.P.E, 2018).

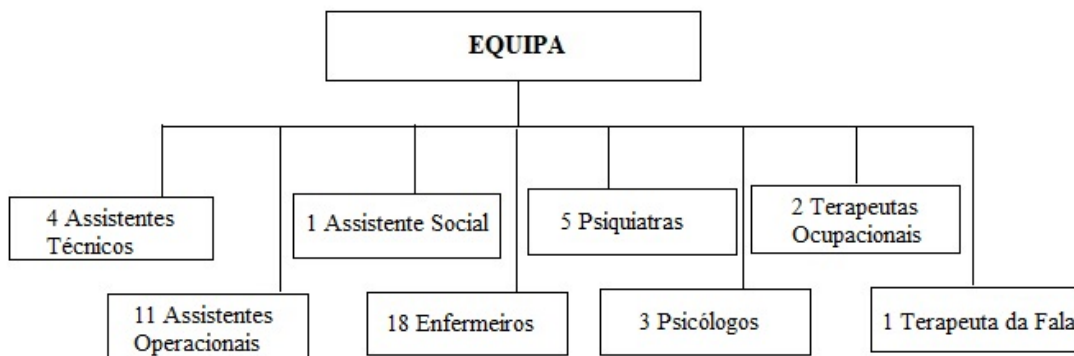


Figura 1 - Organograma do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

#### 2.4 – CARACTERIZAÇÃO DAS PROBLEMÁTICAS DA POPULAÇÃO

O grupo acompanhado ao longo das sessões de Psicomotricidade no Internamento caracterizava-se por ser um grupo aberto, que não era restrito a ninguém, e com diversas variações na sua constituição ao longo da intervenção. Estas características devem-se ao facto do internamento ter uma duração máxima de 23 dias, exceto casos de extrema necessidade, em que há constantemente a entrada e saída de utentes. O grupo era constituído por utentes com idades variadas. O internamento apenas está destinado a utentes com idade superior a 18 anos porém, especialmente, estiveram presentes menores. As patologias eram variadas, sendo que as tentativas de suicídios e surtos psicóticos foram as que mais estiveram presentes.

O grupo acompanhado ao longo das sessões de Psicomotricidade no Hospital de Dia era caracterizado como contínuo, com o qual ocorreu intervenção do início ao fim do estágio. Ao longo da intervenção existiram admissões e altas, mas que não prejudicaram o funcionamento do grupo. As idades eram compreendidas entre os 30 e os 70 anos. As patologias eram diversificadas sendo que a principal era a Esquizofrenia.

### 3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

No presente capítulo será descrita a prática profissional no âmbito da Intervenção Psicomotora no Hospital Espírito Santo de Évora. Em primeiro lugar serão descritas: (1) as atividades que ocorreram ao longo do estágio, o que inclui a calendarização das atividades de estágio e o horário semanal, a progressão das atividades e experiências complementares de formação; de seguida serão expostas (2) as etapas de intervenção onde se indica, de forma sucinta, todo o processo realizado de intervenção; segue-se (3) a descrição dos instrumentos de avaliação utilizados e, por fim, (4) o encaminhamento dos utentes para Psicomotricidade, tanto individual como em grupo, e uma breve descrição dos casos acompanhados em ambos os contextos.

#### 3.1 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O objetivo geral do presente Relatório consiste em descrever toda a experiência vivenciada e adquirida no Estágio que decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, tanto no Hospital de Dia como no Internamento, do Hospital Espírito Santo de Évora. Os objetivos específicos para o mesmo, foram os seguintes: (i) enquadrar e contextualizar a prática psicomotora no contexto clínico no Departamento de Psiquiatria; (ii) proceder ao levantamento e descrever pormenorizadamente os casos acompanhados; (iii) contextualizar e descrever a intervenção psicomotora em casos individuais e de grupo em contexto de internamento e ambulatório; (iv) verificar o impacto da intervenção psicomotora em dois casos individuais; (v) refletir sobre a relevância da Psicomotricidade no Departamento e, por fim, (vi) descrever as atividades realizadas no serviço no âmbito da Psicomotricidade.

##### 3.1.1 – CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO E HORÁRIO SEMANAL

O estágio teve início a 17 de Janeiro de 2018 e terminou a 17 de Julho de 2018. Ocorreu inicialmente um período de observação, até dia 30 de Janeiro, com o objetivo de integração e conhecimento da dinâmica de trabalho tanto em Hospital de Dia como no Internamento. Durante esta fase ocorreu a observação participada nas atividades realizadas por outros profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Ao terminar a observação a estagiária começou a inserir-se na equipa realizando sessões de Relaxação diariamente e sessões de Psicomotricidade para o grupo de Ambulatório, às quintas-feiras.

Ao longo do período do estágio ocorreram diversas modificações no programa, principalmente nas sessões individuais. Em seguida, é apresentado o horário realizado tanto em contexto de Internamento como Ambulatório (ver tabela 1).

Tabela 1. Horário Semanal das Atividades de Estágio

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>
<b>9h30</b>	Relaxação -Hospital de Dia- 9h30-10h30	Sessão de Movimento/ Caminhada -Hospital de Dia-	Relaxação -Hospital de Dia- 9h30-10h30	
<b>10h00</b>				
<b>10h30</b>				
<b>11h00</b>	Psicomotricidade Treino Cognitivo - Internamento – 11h00-13h00	Acompanhamento Individual J- Internamento 11h30-12h30	Casos Internamento	Psicomotricidade Atividades Criativas - Internamento – 11h00-13h00
<b>11h30</b>				
<b>12h00</b>				
<b>12h30</b>				
<b>13h00</b>	Almoço: 13h00-13h30			
<b>13h30</b>	Estudo de Caso CS – Hospital de Dia 13h30-14h15	Acompanhamento Individual P- Hospital de Dia 13h30-14h15	Estudo de Caso CS – Hospital de Dia 13h30-14h15	Sessão de Psicomotricidade -Hospital de Dia 14h00-16h00
<b>14h00</b>				
<b>14h30</b>	Casos Internamento	Casos Internamento	Acompanhamento Individual J- Internamento 15h00-16h00	
<b>15h00</b>				
<b>15h30</b>				
<b>16h00</b>	Estudo de Caso MJ – Hospital de Dia 16h00-17h00	Estudo de Caso MJ – Hospital de Dia 16h00-17h00		
<b>16h30</b>				
<b>17h00</b>				

### 3.1.2 – PROGRESSÃO DAS ATIVIDADES

No decorrer do estágio ocorreram diversos momentos que contribuíram para o incremento do nível de autonomia da Estagiária. O estágio começou por se realizar com a estagiária a fazer uma observação não participativa, em que observava as atividades realizadas com os utentes por outros técnicos. Em seguida, começou a ocorrer a observação participativa, em que a estagiária ajudava e contribuía para as atividades a desenvolver. Progressivamente, a estagiária começou a realizar atividades de forma independente com o grupo de Hospital de Dia com o grupo de Relaxação e o grupo de Psicomotricidade. No Internamento, ocorria o contacto apenas com os utentes que se encontravam estáveis e progressivamente começou a estabelecer-se relação com os utentes em situações agudas. Após o período de adaptação, começaram a ocorrer as sessões individuais tanto com os utentes em Hospital de Dia como de Internamento.

### 3.1.3 – EXPERIÊNCIAS COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

No decorrer do estágio foram permitidas obter algumas experiências que contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional. No contexto de Internamento, destaca-se a participação nas reuniões comunitárias com o Enfermeiro responsável e os doentes, e no âmbito ambulatorio, a discussão dos casos sempre que necessário com a Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra responsável.

Para os utentes de Hospital de Dia, foi organizado pela Psicomotricista Estagiária um Peddy Paper dentro das instalações do Hospital, que contou com a participação dos alunos de 1.º ano de Reabilitação Psicomotora e com as estagiárias de 2.º ano de Enfermagem. Ainda foi organizada uma visita à Capital, para os utentes conhecerem o Jardim Zoológico. A deslocação foi feita de comboio.

Em primeiro lugar, para dar conhecimento do Estágio no Hospital e qual a pertinência da Psicomotricidade e da intervenção do Psicomotricista para o departamento, ainda no decorrer do tempo de observação, foi realizada uma breve apresentação sobre a Psicomotricidade e a Saúde Mental para todo o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (ver anexo). Ao nível das atividades de internamento, a Estagiária participou nas reuniões comunitárias em que se estabelecia o diálogo com os utentes sobre a pertinência do internamento, o porquê da proibição de diversos objetos e procurar saber o modo como se sentiam. No Hospital de Dia, as funções variavam consoante a necessidade da Terapeuta Ocupacional. Assim, a Estagiária ajudava na realização das

atividades, realizava a terapêutica para doentes específicos, ajudava no transporte e serviço de refeições e realizava as caminhadas ou sessões de movimento todas as terças-feiras e deslocações ao exterior para visitar exposições. Quando não existia nenhuma tarefa para realizar, permanecia na sala em observação.

### 3.2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

O estágio desenvolveu-se com sessões em grupos distintos e em sessões individuais, contudo as sessões apresentaram uma estrutura comum. As sessões de grupo com os utentes de Ambulatório tinham a duração de 120 minutos, as sessões com o grupo de Internamento de 90 minutos e as sessões individuais decorriam de 45 minutos.

As sessões foram divididas em três momentos principais:

- **Diálogo inicial** é o primeiro momento da sessão onde o Psicomotricista direcionou algumas questões que tiveram como objetivo obter informações de como o utente se sentia; foi realizada uma retrospeção da sessão anterior onde se lembrou as atividades realizadas e em que ordem ocorreram; caso existissem materiais à disposição era questionado o que se podia realizar com os mesmos e, por fim, uma breve explicação do que iria ocorrer ao longo da sessão.

- **Atividades**, neste momento da sessão foi onde se realizaram as atividades propriamente ditas, que eram diversificadas consoantes os objetivos terapêuticos estabelecidos e a duração da sessão.

- **Diálogo final**, neste momento ocorre uma reflexão acerca das vivências corporais do utente, com o objetivo de ocorrer uma relação entre a consciência da ação e a emoção vivida; é necessário que o indivíduo fale na primeira pessoa e não evidencie os restantes membros do grupo; a reflexão pode ser realizada através da comunicação verbal ou de atividades de caráter expressivo, sendo que foi sempre exposto para todo o grupo ou terapeuta.

As sessões de Psicomotricidade com o grupo de Hospital de Dia ocorreram na sala de Terapia Ocupacional, onde é habitual a realização das atividades em contexto de ambulatório. Esta sala é um espaço amplo com diversos materiais, como bolas de diferentes tamanhos, arcos, cordas, instrumentos musicais, lençóis, materiais de expressão plástica, pesos entre outros. As sessões de Psicomotricidade no Internamento ocorreram na sala de multiusos que se localiza na sala de convívio e, que é um espaço pequeno, com mesas, cadeiras e um quadro. Para a realização das sessões os materiais

eram trazidos da sala de Terapia Ocupacional e as mesas eram colocadas de parte quando necessário. Nesta mesma sala ocorriam as sessões individuais e as sessões de Relaxação com o grupo de Ambulatório.

Quando necessário, ocorreu o diálogo com os familiares ou utentes, na sala de Terapia Ocupacional que dispõe de gabinetes próprios para o efeito.

### 3.3 – ETAPAS DE INTERVENÇÃO

A intervenção dividiu-se em várias etapas como (1) o encaminhamento para a Psicomotricidade, a (2) avaliação inicial, em seguida a (3) intervenção propriamente dita e, por fim, (4) avaliação final.

O encaminhamento dos casos para a Psicomotricidade era realizado pela Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras e Enfermeiros. Os casos apenas eram encaminhados após estabilização. Na avaliação inicial, os utentes foram avaliados através dos instrumentos de avaliação que a Estagiária considerou pertinentes. Na intervenção propriamente dita, foram trabalhados os objetivos estabelecidos para os grupos e casos individuais. Na avaliação final, os instrumentos foram novamente aplicados de forma individual para verificar a evolução do indivíduo depois da intervenção.

### 3.4 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Em seguida serão descritos os instrumentos de avaliação utilizados no decorrer do estágio, como a Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 2010), o Mini Mental State Examination (Guerreiro et al, 1994), a Escala de Observação de Louvain (Coppinole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) e o Esquema de Tensões. Ao serem aplicados os instrumentos acima nomeados foram recolhidas informações necessárias para a realização de um projeto terapêutico para cada utente.

#### 3.4.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA

Vitor da Fonseca desenvolveu a Bateria Psicomotora em 1975 com o objetivo de identificar sinais desviantes e identificar o grau de maturidade psicomotora. A BPM fornece o perfil psicomotor que se relaciona com o potencial de aprendizagem, tanto em relação à integridade como à dificuldade, visto que mostra a organização neurológica das três principais unidades funcionais de Luria (Fonseca,2010).

O instrumento é constituído por diversas tarefas relativas aos 7 fatores psicomotores que depois se dividem em subfactores. Desse modo, a bateria avalia a (1) tonicidade que

inclui a extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinésias; a (2) equilíbrio que constitui-se pela imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico; a (3) lateralização (ocular, auditiva, pedal e manual); (4) noção do corpo que avalia o sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, auto-imagem, imitação de gestos e desenho do corpo; a (5) estruturação espaciotemporal que inclui a organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica; a (6) praxia global, que se divide em coordenação óculo-pedal e óculo-manual, dismetria e dissociação e, por fim, a (7) praxia fina que envolve a coordenação dinâmica manual, tamborilar e tarefas de velocidade-precisão. A BPM tem em conta também itens relativos ao aspeto somático, desvios posturais, controlo respiratório e fadigabilidade, sendo que estes fatores podem afetar os resultados finais do perfil psicomotor (Fonseca, 2010).

A cotação final da bateria realiza-se após a cotação média de cada um dos fatores, em que é cotado numa escala de quatro níveis: o nível 1 que corresponde a um perfil apráxico em que existe um perfil deficitário em que estão presentes sinais disfuncionais evidentes, existe uma não realização ou realização imperfeita na maior parte das tarefas; o nível 2 corresponde a um perfil dispráxico, ocorrem problemas no equilíbrio e com isso problemas vestibulares que se associam a sinais de desatenção e impulsividade, dificuldades práxicas, dificuldades na integração sensorial e em relação às atividades, revela dificuldades de controlo; o nível 3 refere-se a um perfil eupráxico em que as atividades são realizadas de forma completa, controlada e adequada porém pode existir algum fator onde seja notória imaturidade ou imprecisão; por fim, o nível 4, que diz respeito ao perfil hiperpráxico, as tarefas são realizadas de forma controlada, planeada e harmoniosa, e existe uma organização psiconeurológica normal.

#### 3.4.2 – MINIMENTAL STATE EXAMINATION

O Mini-Mental State Examination é um instrumento utilizado para avaliar a função cognitiva de indivíduos e para sinalizar situações de demência (Lourenço, 2006). O instrumento é utilizado para identificar a deterioração cognitiva moderada e grave, relativamente a graus leves ou iniciais de declínio cognitivo apresenta-se menos sensível (Mota, 2008).

O instrumento é composto por 11 itens, divididos em duas partes, na primeira é necessário resposta verbal a perguntas de orientação, memória e atenção, na segunda parte analisa-se a leitura, escrita, a habilidade de nomeação e a capacidade de seguir



comandos escritos e verbais (Chaves,2006). O instrumento avalia diferentes funções cognitivas como a orientação no tempo que apresenta um total de 5 pontos, a orientação no espaço com um total de 5 pontos, registo de três palavras com total de 3 pontos, atenção e cálculo com 5 pontos, recordar três palavras com um total de 3 pontos, linguagem com um total de 8 pontos e capacidade construtiva visual com o total de 1 ponto. A pontuação do teste pode variar entre 0 e 30 pontos (Almeida, 1998).

O Mini-Mental State Examination relaciona-se com a escolaridade de cada indivíduo que é submetido à prova. A pontuação até 15 refere-se a indivíduos analfabetos, a pontuação até 22 para baixa e média escolaridade e até aos 27 pontos para a escolaridade alta (Guerreiro et al, 1994).

A prova tem como principal vantagem a aplicação ser prática e rápida, pelo que deve ocupar entre os 5 e os 10 minutos, assim como a sua correção pode ser realizada de forma breve (Almeida, 1998).

### 3.4.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN

A Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) foi desenvolvida com o intuito de fornecer informações diretamente relacionadas com os objetivos. O instrumento de observação faculta dados sobre as características que estão perturbadas nas patologias psiquiátricas em situações que envolvem o movimento, que podem posteriormente serem corrigidas em terapia, não sendo recolhidas informações sobre as habilidades motoras do indivíduo.

Foram escolhidos para construir o instrumento, após pesquisa, nove categorias de objetivos relevantes para indivíduos com perturbações psiquiátricas, sendo elas: a relação emocional, a autoconfiança, a atividade, a relaxação, o controlo do movimento, a atenção focalizada, a expressividade do movimento, a comunicação verbal e a regulação social. Foram desenvolvidos também pelos autores objetivos específicos de observação para cada objetivo geral anteriormente referido. Dentro de cada categoria foram estabelecidos itens de observação que se descrevem com objetivos que clarificam os comportamentos dos indivíduos (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Cada item da escala de observação dentro de cada categoria, apresenta uma escala de 7 pontos, que varia do -3 a + 3, em que numa das extremidades ocorre um comportamento excessivamente perturbado e na extremidade contrária, o comportamento oposto que é

considerado como perturbado também. Desse modo, o comportamento de um indivíduo com perturbações psiquiátricas pode ser considerado desadequado por excesso ou por falta. Quando a pontuação é 0, significa que o comportamento se encontra adequado, que não existe nenhuma perturbação (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Na descrição de cada um dos objetivos específicos, existe uma explicação do que os comportamentos -2 e +2 significam de forma detalhada para facilitar a avaliação de acordo com o indivíduo (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

#### 3.4.4 – ESQUEMA DE TENSÕES

A Ficha de Esquema de Tensões fornece-nos a informação se o indivíduo apresenta a capacidade de pensar sobre o seu corpo e se apresenta consciência das zonas de tensão muscular, assim como, avaliar o relaxamento muscular.

A Ficha de Esquema de Tensões é utilizada como instrumento de avaliação qualitativa da percepção da tensão muscular do indivíduo em que são apresentadas duas imagens do corpo na perspectiva anterior e posterior, em que estão representados os vários grupos musculares divididos por tracejados. O instrumento é aplicado antes e após a sessão, sendo após a mesma realizada uma reflexão ao comparar o pré e pós.

Ao aplicar esta ficha é necessário que o indivíduo tenha consciência das tensões que existem nas várias partes diferentes do seu corpo, e por isso pode ser necessário fechar os olhos para se focar apenas em si. Após ocorrer uma escuta corporal, é necessário que sejam representadas as tensões musculares no desenho apresentado, em que a cor vermelha se refere a zonas com muita tensão, a amarelo as zonas de tensão média e a verde, as zonas com pouca ou nenhuma tensão.

### 3.5 – ENCAMINHAMENTO PARA PSICOMOTRICIDADE

#### 3.5.1 – INTERVENÇÃO EM GRUPO

A Intervenção psicomotora no Hospital de Dia foi composta por dois grupos diferentes: o grupo de Relaxação e o grupo da sessão de Psicomotricidade. O grupo de Relaxação decorria entre as 9h30 e as 10h30 todos os dias da semana com exceção da terça-feira. O grupo das sessões de Psicomotricidade decorreu à quinta-feira no período da tarde entre as 14h00 e as 16h00.

O grupo era constituído por nove participantes, sendo que nem todos acompanharam a intervenção desde o início. O grupo era constituído por patologias distintas como Perturbação Obsessiva-compulsiva, Esquizofrenia, Perturbação Borderline, Depressão Major e Perturbação Bipolar. Os indivíduos apresentavam facilidade em dinâmica de grupo visto que é comum essa metodologia de trabalho. Em seguida, será apresentado cada um dos participantes do grupo, NZ, HB, PL, MD, I e JL, sendo que os restantes casos que apesar de fazerem parte do grupo tiveram um acompanhamento individual e serão apresentados posteriormente. Serão apresentados os objetivos estabelecidos para o grupo, devido à quantidade de patologias foram estabelecidos objetivos gerais pertinentes para a diversidade (ver tabela 2).

→ **Utente NZ - Esquizofrenia**

Mulher com 54 anos, de nacionalidade brasileira, encontra-se reformada por invalidez sendo que era auxiliar de enfermagem no Brasil. É solteira e tem um filho que mora no Brasil com quem tem uma boa relação. Encontra-se em Portugal há cerca de um ano e reside nas proximidades de Évora. Reside com a sua irmã, o seu cunhado, a neta e a bisneta da irmã. Encontra-se interdita pelo tribunal e a sua tutora é a irmã.

A utente tem oito irmãos, sendo a mais nova da família. Desde os 17 anos que a sua irmã, com quem reside, cuida dela, visto que a sua mãe faleceu quando a utente tinha 3 anos e o seu pai quando NZ tinha 17 anos.

Começou a ser seguida em Psiquiatria após os 48 anos de idade, apesar de ocorrer uma alteração no comportamento da utente no decorrer da primeira gravidez aos 27 anos. A utente era descrita pela boa disposição e simpatia. Começou a apresentar alterações no comportamento: agredia fisicamente o filho e apresentava comportamentos desajustados no seu trabalho, sendo despedida diversas vezes pelo comportamento inadequado.

A partir dos 48 anos a utente tornou-se agressiva, com dificuldades em dormir e apresentava delírios. Até aos 50 anos ocorreram 5 internamentos por alterações do comportamento, heteroagressividade e ideação delirante. Com a medicação mantém-se estável.

A utente apresenta uma relação instável com a irmã, isola-se muito no seu espaço visto que quando algo corre mal é sempre culpada e desse modo prefere o isolamento, apesar de mostrar vontade de cooperar na lida doméstica.

Inicialmente encontrava-se pouco recetiva à frequência no Hospital de Dia. Após reflexão achou pertinente experimentar visto que precisa de realizar outras atividades no seu quotidiano. A utente é calma, colaborante, o discurso é maioritariamente provocado e letificado e com o pensamento concreto. Procura ajudar o outro e procura o contacto físico, dando a entender que é emocionalmente carente. No decorrer das atividades apresenta uma postura com queda do ombro e a mão em pronação anterior, sem justificação.

#### → **Utente H – Esquizofrenia Paranóide**

Mulher com 46 anos, desempregada, reside com a sua mãe, com quem apresenta uma relação conflituosa e com o seu irmão que apresenta também o diagnóstico de Esquizofrenia. Tem mais duas irmãs com quem tem uma relação distante.

É mãe de três filhos, cada um de companheiro diferente. O filho mais velho é emigrante e reside com o pai. O filho do meio é independente mas presente na vida da utente e a filha mais nova está à guarda de uma das irmãs, estabelece uma relação regular e positiva com ambas.

Em 2010 já tinha sido frequente o internamento da utente no âmbito da psiquiatria e desde essa altura que frequenta a Terapia Ocupacional. Estava presente uma agitação psicomotora, o que levava a utente a não conseguir realizar uma atividade do início ao fim, o seu discurso era descontextualizado maioritariamente e tinha dificuldade em cumprir regras e aceitar ordens. Em 2010, o internamento mais relevante deveu-se a aceleração psicomotora, aceleração do pensamento, alteração do comportamento e demandas de conduta.

Verificou-se que a utente apresenta dificuldade em controlar os gastos o que provoca mais conflitos familiares e por isso a utente está pouco tempo presente na habitação. É uma pessoa muito instável e por vezes revela uma geral desinibição sexual. Apresenta facilidade na relação com o outro, apesar de ser demasiado intrusiva o que causa desconforto e o afastamento.

Inseriu-se em diversos cursos na APPACDM e na CERCI, mas devido à dificuldade em dar continuidade às ações, desistiu de todos eles.

Em 2014, decorreu um novo internamento devido a troca de prescrição terapêutica, o que provocou uma descompensação da utente. No decorrer do mesmo, verificou-se um comportamento adequado.

Na atualidade, a utente frequenta o Hospital de Dia com regularidade, a relação com a mãe contínua instável, pouco harmoniosa e com agressões físicas. A utente apresenta um discurso contínuo, mas descontextualizado, e por vezes sexualiza as conversas. Realiza as atividades de forma contínua e indo de encontro ao objetivo.

#### → **Utente PL – Perturbação Bipolar I**

Homem com 62 anos, de nacionalidade holandesa, solteiro e é residente em Évora. Desde que se reformou que reside na cidade sozinho. Tem um irmão que reside em Paris com quem estabelece contacto frequentemente. Tem uma filha que reside em Lisboa com quem não tem contacto.

Desde os 45 anos que é seguido na Psiquiatria. Ocorreram vários internamentos com episódios depressivos e maniformes em França, onde frequentou o Hospital de Dia durante 10 anos.

Trabalhou em Lisboa entre o ano de 1981 e 1995 no Ministério do Ambiente, visto apresentar formação universitária em Biologia e Ecologia. Durante esse período teve um relacionamento de onde nasceu a sua única filha. Após a separação, deixou Portugal e voltou para França onde deu continuidade ao seu trabalho. Em 2015 regressou para Portugal com o intuito de estabelecer uma relação mais próxima com a sua filha, conseguiu uma reaproximação durante cerca de um ano.

Em 2017 ocorreu um internamento na Psiquiatria, onde estavam presentes episódios maníacos com negligência da higiene, anorexia e lentidão psicomotora. Os episódios maníacos eram geralmente eufóricos, com sintomas psicóticos frustes mas muita grandiosidade.

O utente apresenta queixas de tristeza principalmente na parte da manhã, falta de vontade e de motivação para realizar as tarefas domésticas e permanece a maior parte do seu tempo a dormir. Apenas sai de casa pela obrigatoriedade de passear o seu cão pelo qual apresenta uma grande estima. Isola-se mas apresenta vontade de ter mais contacto social. Neste momento encontra-se a residir em Évora mas a colocar a hipótese de regressar a França para perto do seu irmão.

Apresenta uma boa capacidade de raciocínio, o diálogo é consistente mas difícil. Os problemas ao nível auditivo são notórios e poderá ocorrer algum problema ao nível do processamento da mensagem. A relação com o outro é favorável mas apenas pela iniciativa do outro, pelo que isola-se perante o grupo.

→ **Utente MD – Perturbação Afectiva Bipolar**

Homem com 62 anos reside com a sua companheira e o seu filho menor. Durante a sua vida desempenhou a profissão de Arquitecto, no momento encontra-se reformado.

É acompanhado na Psiquiatria desde os 55 anos, devido a comportamento alterado, ansiedade e excitação. A instabilidade a nível emocional faz com que lide de forma negativa com às contrariedades reagindo de forma agressiva com os seus familiares. Nesses momentos apresenta necessidade de realizar gastos desnecessários e excêntricos para se acalmar. Começou a ser acompanhado na Terapia Ocupacional nessa altura.

No mesmo ano, ocorreu um novo internamento devido a aceleração, inquietude e pensamento acelerado e, apresentava comportamentos de risco por ingestão de álcool. A fâcies era inexpressiva, recurso rápido ao sorriso e humor elevado. Nesse mesmo ano, na Terapia Ocupacional, acabou por desistir sem aviso prévio.

Aos 60 anos, realizou-se um novo internamento que teve a duração de 6 meses devido a um episódio depressivo grave e catatonia. Apresentou dificuldade de estabilização mas quando ocorreu uma melhoria clínica foi necessário estimulação para as atividades da vida diária. Apresentou a partir daí presença assídua na Terapia Ocupacional com comportamento adequado, com pouca iniciativa mas maior interação com o grupo.

O utente apresenta facilidade em estabelecer o diálogo, é participativo e está integrado no grupo. Apenas ocorre um isolamento quando o discurso do grupo é descontextualizado. Apresenta um pensamento coerente mas com dificuldade em expressar a sua opinião, evitando atividades que o proporcionem. Apesar de participar diariamente no Hospital de Dia, apresenta seletividade nas atividades e quando avisado previamente e se não for do seu agrado falta sem avisar.

→ **Utente I – Perturbação Borderline e Esquizofrenia**

Mulher com 31 anos, sem ocupação com a sua residência em Évora com a sua mãe. A relação com a mãe é conflituosa sendo que existe uma baixa capacidade de tolerância de

ambas as partes. Os seus pais são divorciados, a separação ocorreu quando a utente tinha 15 anos. Apresenta uma relação distante com o pai.

Desde os 18 anos que a utente é seguida na Psiquiatria, por tristeza constante e falta de interesse e investimento nas atividades. Desde a adolescência que tem poucos amigos e não se encontrava feliz no seu ambiente familiar.

No que diz respeito ao nível escolar, a utente obteve sempre notas razoáveis. Ao terminar o 12º ano iniciou a sua licenciatura em Faro, sendo sua opção ir para fora para se afastar e para conhecer pessoas com os mesmos interesses que os seus. Após seis meses de frequentar a universidade, acabou por desistir por falta de interesse pelas cadeiras. Raramente frequentava o local, e tinha preferência em sair durante o horário noturno, sem o conhecimento dos pais. Em seguida, entrou na universidade de Évora para o curso de Línguas Estrangeiras Aplicadas onde permaneceu durante 2 anos. Depois pediu transferência para o curso de Comunicação e Informação, onde esteve 3 anos, mas acabou por não concluir, referindo que apenas realizava as disciplinas pelas quais tinha interesse e que as outras preferia não fazer. Em 2011, realizou uma formação em que apenas esteve duas semanas, apenas de ter bom aproveitamento, estava dependente dos pais para a deslocação e preferiu não continuar. Desde 2011, que se encontra em casa sem realizar nenhuma atividade. Demonstra ser aborrecido e não estar confortável com a situação.

Ocorreu um internamento na Psiquiatria em Janeiro de 2017 com início de psicopatologia, com características borderline, auto agressões e comportamentos de risco principalmente a nível sexual, após situação de frustração. Existe uma sintomatologia afetiva depressiva que se deve à sua incapacidade para as atividades e com uma crítica ativa para a doença, apesar de não executar nada para a melhoria da mesma. Não ocorreram episódios afetivos maniformes claros, mas padece de uma forte labilidade emocional e revolta em relação à sua situação atual, que se reflete através de características disfóricas e agressivas em relação à progenitora. O diagnóstico encontra-se pouco sustentado, com suspeita de esquizofrenia com sintomatologia afetiva concomitante de carácter mais depressivo, mas sem critérios formais para a esquizoafetiva. Foi encaminhada para o Hospital de Dia para reiniciar e melhorar as relações sociais.

Demonstrou interesse em frequentar o Hospital de Dia para obter mais vontade de realizar as tarefas, iniciou a 2 de Março de 2018 tendo dado continuidade até à

atualidade. Mostra-se com mais predisposição para a vida, as discussões com a sua mãe são menos frequentes o que permite que os níveis de ansiedade estejam mais baixos.

Utente com uma boa capacidade de raciocínio e executa as atividades de forma empenhada e planeada. Não apresenta dificuldades na relação com o grupo apesar de se sentir desconfortável quando o discurso é descontextualizado. Apresenta motivação para novos projectos mas não consegue executá-los. A relação com a mãe continua a ser muito próxima e com controlo excessivo de ambas as partes. As discussões são menores mas por vezes ocorrem agressões físicas.

#### → **Utente JL – Perturbação Bipolar I; Perturbação da Personalidade**

Homem com 55 anos, desempregado, solteiro e reside em Évora com os pais. Aos 16 anos foi diagnosticado com Lupus o que condicionou o seu desenvolvimento psicossocial, em que apenas realizava as atividades no período da noite visto não poder estar em contacto com o sol, apurando-se mais tarde que era incorreto.

Em 2013, ocorreu o primeiro internamento em Évora por transferência do Hospital Garcia de Orta visto que residia sozinho na Costa da Caparica. O internamento compulsivo foi devido a alterações do comportamento e, heteroagressividade, em que pedia dinheiro na rua de forma ameaçadora, distúrbios no apartamento onde residia como acumulação de lixo e psicose delirante em que ocorria uma perturbação do pensamento com delírios megalómanos.

Interrompeu a frequência do Hospital de Dia por operação e fisioterapia em seguida. Revelou permanecer em casa a maior parte do tempo, não ajudando nas tarefas domésticas e apenas vendo televisão mas sentindo-se bem assim. Referiu querer voltar ao hospital de dia para realizar outras atividades e ver outras pessoas.

Os seus pais já apresentam uma idade avançada e o utente não ajuda nas tarefas doméstica. Economicamente não é carente mas não tem acesso ao dinheiro nem mostra interesse em tal. Revela autonomia nas atividades, muito impulsivo, com espírito competitivo e perfeccionismo. É um utente desafiante que procura sempre entrar em disputa de forma educada com alguém e, serve-se das suas boas maneiras para manipular o outro.



<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Estimular as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de concentração</li> <li>• Melhorar a capacidade de memória</li> <li>• Promover a atenção</li> <li>• Melhorar as sequencializações de ações</li> </ul>
<b>Domínio Relacional/Afetivo</b>	
Promover as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos</li> <li>• Desenvolver a expressão individual e grupal</li> <li>• Aumentar a capacidade de se relacionar com o outro</li> <li>• Promover a assertividade</li> </ul>
Desenvolver a capacidade de auto-regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência dos estados emocionais</li> <li>• Diminuição dos estados ansiosos</li> <li>• Promover o controlo dos estados emocionais</li> <li>• Diminuição da impulsividade</li> <li>• Aumento da capacidade de autocontrolo</li> <li>• Promover a auto-estima</li> </ul>
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência e limites corporais</li> <li>• Melhorar o esquema corporal</li> <li>• Desenvolver a criatividade e expressividade corporal</li> </ul>
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a diferença entre estado de tensão e descontração</li> <li>• Melhorar a capacidade de controlar a respiração</li> <li>• Melhorar o desbloqueio das tensões corporais</li> <li>• Aumentar a capacidade da regulação dos ritmos internos</li> <li>• Estimular o controlo postural</li> </ul>
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de se organizar no espaço</li> <li>• Aumentar a capacidade rítmica</li> <li>• Melhorar a capacidade de planeamento</li> </ul>

Outro grupo acompanhado em Psicomotricidade inseria-se no Internamento. O grupo não era constante visto que os internamentos apresentam a duração em média de 23 dias. Ocorreram dois tipos de intervenção: ao nível cognitivo e ao nível criativo, segunda das 11h00 às 13h00 e quinta-feira das 11h00 às 13h00 respetivamente. O número de utentes nas sessões era variável e apenas participavam quando reuniam as condições necessárias para o bom funcionamento do grupo. Em seguida, apresentam-se os objetivos estabelecidos para o grupo de internamento (ver tabela 3).

Tabela 3. Objetivos Gerais e Específicos para os utentes do Internamento

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Estimular as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de memória</li> <li>• Promover a atenção</li> <li>• Estimular a capacidade de concentração</li> <li>• Aumentar a capacidade de raciocínio e lógica</li> <li>• Aumentar a velocidade de processamento</li> <li>• Aumentar a capacidade de escrita e cálculo</li> <li>• Desenvolver a criatividade</li> <li>• Aumentar a capacidade de imaginação</li> </ul>
Promover a linguagem verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a fluência e débito no discurso</li> <li>• Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções</li> </ul>
<b>Domínio Relacional/Afectivo</b>	
Promover as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a autoconfiança</li> <li>• Melhorar a relação com o outro</li> <li>• Promover a comunicação não-verbal</li> <li>• Desenvolver a capacidade de expressar ideias e emoções</li> <li>• Melhorar o controlo emocional</li> </ul>
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Melhorar a praxia fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de manusear</li> <li>• Melhorar a força muscular</li> <li>• Melhorar a precisão do movimento</li> </ul>
Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de distinguir a esquerda e direita em si e no outro</li> <li>• Melhorar a consciência corporal</li> </ul>
Melhorar a coordenação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de coordenação óculo-manual</li> <li>• Promover a capacidade de coordenação óculo-pedal</li> </ul>
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de se organizar no espaço</li> <li>• Aumentar a capacidade rítmica</li> <li>• Melhorar a capacidade de planeamento</li> </ul>

### 3.5.2 – INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

A Intervenção Psicomotora em contexto individual realizou-se tanto em contexto de Ambulatório como no Internamento. Em Hospital de Dia foram acompanhados três casos, os utentes: P, CS e MJ. Os dois últimos serão explicados de forma detalhada em capítulos seguintes. Em contexto de internamento os casos foram encaminhados de forma constante pelos Psiquiatras. Resultaram em poucas sessões devido ao curto prazo de tempo de internamento. O acompanhamento com menor duração foi com a utente J., que acabou por ir residir para uma instituição de idosos antes do fim do estágio.

#### → **Utente P – Esquizofrenia Paranóide**

Homem com 50 anos reside em Borba desde que casou, vive com a sua mulher e com os dois filhos menores. Estudou até aos 12 anos e aos 25 anos decidiu retomar a vida académica. Tem o 12º ano e frequentou o 1º ano da licenciatura de Direito mas acabou por desistir. Está reformado por invalidez. Foi escrivão auxiliar no tribunal de Estremoz durante 15 anos, e antes disso trabalhou como empregado de escritório, torneiro e serralheiro na empresa metalúrgica do seu pai.

O diagnóstico de esquizofrenia paranóide foi realizado em 2009, com um bom funcionamento sócio laboral, com um apoio estável a nível familiar e social. Apresentava uma má adesão terapêutica, não se encontrava a realizar qualquer tipo de medicação. Em 2010 esteve internado devido a uma sintomatologia ango-depressiva.

Em Maio de 2013, foi internado compulsivamente através da urgência de Psiquiatria por recidiva psicótica com dinamismo sobre o seu funcionamento devido ao abandono terapêutico. O motivo do internamento foi a ideação delirante. Apresentava delírios bizarros, de cariz sexual e persecutórios, referindo que tinha medo que fizessem mal aos seus filhos. Estavam presentes também alucinações acústico-verbais, em que afirmava ouvir a sua mulher a falar com os amantes. No decorrer do internamento para além da medicação administrada foi encaminhado para a psicoeducação para que realizasse a medicação de forma correta no contexto de domicílio. O utente apresentou melhorias no que diz respeito aos aspetos delirantes e conseguiu desenvolver opinião crítica para a sua situação. Apresentou sempre um comportamento adequado, com bom funcionamento e sem alterações a nível do comportamento.

Em Setembro de 2013, ocorreu novamente um internamento devido a humor depressivo. Foi internado de forma voluntária através da urgência por sintomatologia

depressiva por problemas familiares. Apresentava humor depressivo, anedonia, adinamia, isolamento social, anorexia, lentificação psicomotora e toma da medicação irregular. Não apresentava atividade produtiva, com desenvolvimento de insight em relação ao episódio psicótico anterior, revelando que o que pensava dos filhos e da mulher não era verdadeiro. No decorrer do internamento foram administrados anti psicóticos e antidepressivos e frequentou a psicoeducação com o objetivo de conseguir lidar melhor com os problemas familiares, com incentivo para a continuação da prática profissional. Foi verificada uma melhoria clínica, quer a nível afetivo (humor eufímico, mais apetite, com vontade de regressar ao trabalho) que a nível motor. O utente esteve sempre com um comportamento adequado, com bom funcionamento e sem alterações. Após a alta, seguiu para a consulta de Psiquiatria na sua área de residência.

Foi encaminhado para a Terapia Ocupacional em Junho de 2017, as necessidades detetadas foram a auto-estima, atividades da vida diária, motricidade global, estimulação cognitiva e socialização. Deste modo a intervenção consistia em atividades de estimulação, rotinas diárias ao nível de cuidado pessoal, sessões de movimento e de relaxação, exercício para estimular a atenção, a memória, a concentração e o raciocínio e atividades em grupo. Em Agosto, foi realizada uma nova avaliação, encontrou-se adequado, notando-se menos ansiedade e mais participativo. Foi inserido num grupo com dois utentes para que o estímulo da socialização fosse gradual.

O utente apresenta uma boa capacidade raciocínio e de pensamento, uma lentidão psicomotora acentuada. Inicialmente tímido e desconfiado com o outro, mas com o humor adequado. O diálogo não é estabelecido com frequência mas apresenta iniciativa para o mesmo. Encontra-se integrado no grupo e incentiva os restantes a melhorar.

Tabela 4. Objetivos Gerais e Específicos definidos para o utente P

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Estimular as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a atenção</li> <li>• Melhorar as sequencializações de ações</li> </ul>
Promover a linguagem verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a fluência no discurso</li> </ul>
<b>Domínio Relacional/Afetivo</b>	
Promover as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos</li> <li>• Diminuir a apatia</li> </ul>
Desenvolver a capacidade de auto-regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência dos estados emocionais</li> <li>• Diminuição dos estados ansiosos</li> <li>• Promover o controlo dos estados emocionais</li> <li>• Promover a auto-estima</li> </ul>
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência e limites corporais</li> <li>• Melhorar o esquema corporal</li> <li>• Desenvolver a criatividade e expressividade corporal</li> </ul>
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a diferença entre estado de tensão e descontração</li> <li>• Melhorar a capacidade de controlar a respiração</li> <li>• Melhorar o desbloqueio das tensões corporais</li> <li>• Aumentar a capacidade da regulação dos ritmos internos</li> <li>• Estimular o controlo postural</li> </ul>
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade rítmica</li> <li>• Melhorar a capacidade de planeamento</li> </ul>

Os restantes casos acompanhados individualmente foram através do internamento. Devido ao tempo de permanência ser limitado a avaliação desenvolveu-se com base na observação informal e a partir daí decorriam as sessões com base nas necessidades do indivíduo. As perturbações acompanhadas foram a esquizofrenia paranóide, perturbação borderline, depressão tentativas de suicídio e surtos psicóticos.

#### 4 – PSICOPATOLOGIA DOS ESTUDOS DE CASO

No presente capítulo vai decorrer uma descrição teórica das patologias referentes aos estudos de caso acompanhados ao longo do estágio, nomeadamente a (1) Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a (2) Perturbação Depressiva Major, a (3) Perturbação Histrionica e, por fim, a (4) Anorexia.

##### 4.1 – PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva, conhecida como POC, é uma patologia psiquiátrica em que estão presentes pensamentos indesejados que se descrevem como obsessões. As compulsões são comportamentos que não ocorrem por vontade própria do indivíduo, que podem ser considerados rituais, que acontecem em resposta às obsessões (Maltez & Barandas, 2014).

Os indivíduos que têm familiares com a perturbação obsessivo-compulsiva apresentam um risco de três a cinco vezes maior de desenvolver a perturbação (Maltez & Barandas, 2014).

Os sintomas obsessivos e compulsivos surgem devido a uma disfunção do sistema serotoninérgico, sendo que os antidepressivos são utilizados para incidirem neste neurotransmissor (Maltez & Barandas, 2014).

A Perturbação obsessivo-compulsiva é composta por obsessões e compulsões que afetam a vida diária do indivíduo, geram ansiedade e provocam alterações ao nível das atividades da vida diária, social e rotinas, ocupando a maior parte do tempo. A obsessão é considerada como um impulso, pensamento, ideia ou imagem que se repete de forma recorrente e de forma intrusiva. Os indivíduos detetam estas obsessões como indesejáveis e como forma de revertê-las surgem as compulsões. As compulsões são então consideradas como um padrão comportamental ou mental principalmente em forma de ritual e de modo consecutivo, como por exemplo, o contar, verificar ou evitar. Podem existir compulsões primárias, no entanto é mais comum surgirem como secundárias às ideias obsessivas, com o objetivo de anular ou apaziguar. Os comportamentos compulsivos apesar de surgirem para diminuir a ansiedade das obsessões, nem sempre resultam e, o indivíduo poderá comportar-se de forma obsessivo-compulsiva. A ansiedade aumenta quando existe uma tentativa de resistir às compulsões. Por norma existe uma ligação óbvia entre as compulsões e as obsessões, como no caso dos rituais de verificação ou de evitamento. Por vezes acontece existir

uma ligação dita como “mágica” em que não há uma coerência tão óbvia, sendo o pensamento “mágico” uma das características destes doentes (Maltez & Barandas, 2014).

As obsessões e as compulsões variam de indivíduo para indivíduo, porém existem alguns tipos que ocorrem com maior frequência, podendo a mesma pessoa apresentar mais que uma das opções, sendo eles, a contaminação, a dúvida patológica, pensamentos intrusivos e a simetria. Na contaminação, o doente apresenta receio de ser contaminado com algo sendo essa a sua obsessão. Como consequência surgem as compulsões em que se lava repetidamente as mãos ou evitar sair de casa com medo de ser contaminado. A ansiedade é elevada quando são expostos ao que sentem ser perigoso. A dúvida patológica, em que existe uma dúvida constante, a obsessão, e a verificação comprovação como compulsão, quando existe dúvida que tenham realizado algo, fazem repetir o comportamento. Os pensamentos intrusivos são por norma de ordem sexual, religiosa ou agressiva com a consciência do doente que não são corretos, sendo então dada a designação de impulsos obsessivos, em que o indivíduo tem medo de praticar algo que não deseja. A simetria, em que há uma obsessão pela precisão e pela simetria, mais precisamente na organização e disposição de objetos ou a maneira como realiza algumas atividades, como apresenta sempre dúvida no que está a realizar pode demorar muito tempo a completar a tarefa (Maltez & Barandas, 2014).

As obsessões de teor agressivo podem ser reconhecidas como fobias de impulso, como por exemplo o medo de magoar alguém, medo de realizar alguma ação que o venha a envergonhar, medo de se magoar a si próprio ou medo de praticar algo que não seja permitido. Por esse motivo, muitos dos indivíduos evitam o estar sozinhos e o manusear objetos perigosos. Apresentam uma auto-estima baixa e pouca confiança em si mesmos. Os pensamentos obsessivos neutros podem ser palavras, músicas, imagens ou sons que prejudicam o indivíduo no seu quotidiano (Torres & Smaira, 2001).

Na maior parte dos indivíduos existem várias obsessões e compulsões ao mesmo tempo, em que há uma alteração de sintomas ou de tema ao longo do tempo. Tal é característico de um quadro clínico crónico e frequentemente acontece no início precoce da perturbação, em que ocorre então uma variação da intensidade dos sintomas com o passar do tempo (Torres & Smaira, 2001).

Os primeiros comportamentos obsessivo-compulsivos têm início na infância (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014), sendo que a idade média de diagnóstico é aos 20 anos

quando os comportamentos se tornam mais severos. Após os 35 anos é raro o início dos sintomas (Maltez & Barandas, 2014).

Não há maior incidência em nenhum dos sexos na idade adulta, mas na adolescência é mais frequente os comportamentos no sexo masculino (Maltez & Barandas, 2014).

Os sintomas da perturbação costumam ocorrer de forma súbita após um momento de stress, mais de metade dos doentes não procura ajuda após a ocorrência dos sintomas e devido a esse motivo o diagnóstico pode apresentar um atraso entre os 5 e os 10 anos, o que faz com que ocorra um agravamento da doença (Maltez & Barandas, 2014).

Caso a POC não seja tratada é frequente que com o passar do tempo o indivíduo venha a desenvolver a perturbação depressiva major (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014).

Existem fatores de mau e de bom prognóstico para a patologia, que se diferem por características do indivíduo. Os fatores de mau prognóstico podem ser a incoercibilidade das compulsões, o início de comportamentos severos na infância, as compulsões bizarras, a necessidade de internamento, a comorbilidade com a depressão major, o escasso insight, a presença de perturbação da personalidade, os sintomas de acumulação patológica e, por fim, a presença de tiques. Os fatores de bom prognóstico são a capacidade de funcionamento a nível psicossocial e ocupacional, a existência de acontecimentos precipitantes, os acontecimentos serem esporádicos e, por último, uma resposta positiva ao tratamento (Maltez & Barandas, 2014).

Os indivíduos que apresentam a patologia apresentam um excessivo medo da desmoralização, o que faz com que se isolem a nível social, o que pode provocar stress fazendo com que o indivíduo apresente ideação suicida (Almeida, Santos, Ferreira e Cyrino, 2014).

#### 4.1.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Os critérios de diagnósticos descritos no DSM-V (APA, 2013) para a perturbação obsessivo-compulsiva são os seguintes:

- A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas. As obsessões podem ser pensamentos, impulsos ou imagens constantes que são indesejados e que causa ansiedade e mal-estar, ao tentar ignorar esses pensamentos são realizadas outras ações (compulsão). As compulsões baseiam-se em comportamentos ou atos



mentais repetitivos como resposta a uma obsessão, são realizadas com o objetivo de diminuir a ansiedade, mau estar e precaver situações.

- B. As obsessões e compulsões consomem tempo na vida do indivíduo, o que causa mal-estar ou provoca uma alteração no funcionamento.
- C. Os comportamentos de obsessivo-compulsivo não são devido a nenhum efeito de uma substância ou outra condição médica.
- D. A ocorrência do episódio não pode ser melhor explicada por outra perturbação mental.

Deve ser salientado se o insight é bom ou razoável ou se, pelo contrário, é pobre ou ausente (APA, 2013)

#### 4.2 – PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

A depressão inclui-se nas perturbações do humor e não está relacionada com o caráter do indivíduo nem com a vontade do mesmo. Em contexto clínico, a depressão não é somente caracterizada pelo humor deprimido, mas também por um conjunto de sintomas como as alterações do humor, alterações psicomotoras e por uma diversidade de distúrbios neurovegetativos e somáticos (Canale & Furlan, 2013).

Segundo Hankin (2015) os fatores de risco surgem e vão-se acumulando ao longo do desenvolvimento, nomeadamente através dos contextos familiares desajustados até à existência de eventos stressantes, estando mais propensos de serem vivenciados pelos indivíduos com maior suscetibilidade genética, sendo que a vulnerabilidade tende a aumentar com o abuso sexual, doença mental dos progenitores, divórcio dos pais e violência familiar. Também a depressão pós-parto é considerada um dos principais fatores de risco, visto que desfavorece a regulação dos afetos na criança: como as experiências vivenciadas precocemente não foram positivas vão influenciar a capacidade da regulação da emoção de forma negativa (Correia, 2014). Segundo Hankin (2015) na adolescência a relação com os pais continua a ser fundamental, tanto que a qualidade da relação estabelecida pode diminuir os efeitos depressivos dos eventos stressores durante a infância e a adolescência. Segundo o DSM (2013), existem ainda fatores de risco relacionados com o temperamento sendo que indivíduos que apresentem maior afetividade negativa revelam uma maior incidência de perturbações depressivas após a vivência de eventos stressantes.

A Perturbação Depressiva Major apresenta vários domínios característicos tanto a nível afetivo ou emocional, cognitivo, somático, motor e comportamental. Ao nível dos

sintomas afetivos, o indivíduo apresenta tristeza, desânimo, ansiedade, irritabilidade, alterações da reatividade emocional, apatia, perda de interesse e anedonia. Ao nível dos sintomas cognitivos existe uma lentificação, carácter negativo, pensamento monotemático, perda da auto-estima, falta de esperança, ideação de culpa, ruína e hipocondria, ideação suicida, défice de atenção e concentração, e por fim, queixas por perdas de memória. Relativamente aos sintomas somáticos, o indivíduo poderá apresentar astenia, insónia ou hipersónia, alteração do peso e apetite, queixas algícas, perturbações ao nível do sistema intestinal e disfunção sexual. No que diz respeito aos sintomas motores e comportamentais, ocorrem modificações psicomotoras como uma inibição ou agitação, isolamento social e tentativas de suicídio (Lucinda, Ferreira & Guerra, 2014).

A principal característica dos estados depressivos é a tristeza e vazio, porém nem todos os indivíduos apresentam essas características, alguns dizem que sentem a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e o pouco interesse pelo que o rodeia. A fadiga ou sensação de perda de energia também é um fator predominante nos indivíduos com a patologia, o tempo é lentificado para a execução das tarefas. A diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões, o curso do pensamento encontra-se lentificado e tarefas que eram feitas de maneira automática são agora um processo demorado a realizar (Del Porto, 1999).

Um dos principais sintomas da depressão melancólica é a desaceleração psicomotora, não existindo em depressões menos severas. Porém, os pacientes severamente deprimidos também não apresentam este sintoma, sendo apenas incluído no lote dos indivíduos moderadamente deprimidos (Schriivers, Hulstijn & Sabbe, 2008).

Nem todos os indivíduos com a patologia têm os mesmos sintomas, por exemplo, alguns podem apresentar lentidão física e mental com inibição e ansiedade ou intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo com alucinações e ideias delirantes. Em alguns casos podem acontecer ambas as situações de modo intermitente (Canale & Furlan, 2013).

A Perturbação Depressiva Major revela que a incidência desta perturbação é igual para ambos os sexos, no entanto no sexo feminino é mais frequente que a perturbação se desenvolva para a adolescência (Hankin, 2015; AP A, 2014; Correia, 2014). No entanto por norma o primeiro episódio de depressão por norma ocorre durante a primeira metade da vida, entre os 30 e os 50 anos (Canale & Furlan, 2013).

A continuidade ao longo da vida nas perturbações depressivas podem ser bastante evidentes (Rutter, 2013), tanto que, segundo Correia (2014), as crianças deprimidas têm tendência a isolar-se socialmente devido à sua baixa autoestima, com sentimentos de desvalorização pessoais para si e para os que as rodeiam. Desta forma Hankin (2015) refere a frequência de episódios depressivos dos adultos associados à recorrência de episódios de depressão no meio e no final da adolescência. Pode ser verificada uma continuidade homotípica até à idade adulta ou heterotípica em que evolui para perturbações da ansiedade, perturbação da conduta ou abuso de substâncias. Para além disso, existem evidências de muitas reincidências neste quadro patológico (Correia, 2014).

A depressão não é equivalente em todas as faixas etárias. Nos idosos existe uma deficiência psicomotora causada pelo envelhecimento, enquanto nas crianças pode ser considerada uma depressão melancólica (Schriivers, Hulstijn & Sabbe, 2008).

Argyle (1986) defende que a postura apresentada pode também, indicar a emoção vivenciada através do grau de relaxamento ou de tensão que o indivíduo apresenta. Deste modo, os indivíduos que apresentem um estado emocional de tristeza tendem a revelar uma postura mais relaxada apresentando os ombros caídos e a cabeça inclinada. As expressões faciais de tristeza, determinadas posturas corporais e queixas, servem para reduzir a probabilidade de estimulação aversiva de outros (Cavalcante, 1997).

A expressão psicomotora parece apresentar implicações não apenas na expressão em si como, por exemplo, na voz (Argyle, 1986) sendo que, segundo Schriivers, Hulstijn e Sabbe (2008), os indivíduos deprimidos, por norma, apresentam uma fala uniforme e monótona, falam em tom de voz baixo, lentamente e com alguma hesitação. Também é notória alguma falta de ênfase, as palavras são pronunciadas de forma breve e com pausas mais longas. Porém, estes aspetos da verbalização que estes indivíduos apresentam estão, também, ligados ao padrão linguístico normal necessário para criar uma dinâmica no discurso, permitindo indicar a sua pontuação e ênfase através da utilização da velocidade, das pausas e do tom do discurso (Argyle, 1986).

A depressão pode ser explicada como um processo que envolve a lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo e cansaço fácil), incapacidade total ou parcial de sentir prazer e/ou alegria, desinteresse, lentificação, apatia ou agitação, dificuldade na concentração e pensamentos negativos, perda da capacidade de planear o futuro e

alteração do juízo da realidade (Canale & Furlan, 2013) Existem também outros aspetos como as alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite) (Del Porto, 1999).

No que diz respeito às evidências comportamentais, existe um retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas e também atraso psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora (Del Porto, 1999). Os indivíduos com a perturbação depressiva apresentam uma escassez de reforçamento social, que se deve ao fator do seu repertório social não ser adequado, sendo um fator para o aparecimento e manutenção da depressão. As pessoas quando se encontram com a patologia não favorecem a manutenção da interação social e são vistos como aversivos e evitados pelos outros (Cavalcante, 1997).

A depressão tem características catatónicas quando o quadro clínico tem inúmeras alterações na psicomotricidade, como a imobilidade quase completa, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, estereotípias e ecolalia ou ecopraxia (Del Porto, 1999).

Nos doentes com perturbação depressiva é frequente que apresentem uma mimica facial pobre, é comum que apresentem sinais como o sinal de Veraguth (prega que se esboça sobre as pálpebras superiores, de cima para trás) e o sinal de ómega (prega semelhante ao símbolo de ómega na testa que se deve ao excesso da ação do uso do músculo corrugador). No caso de a depressão ser severa é normal que ocorra uma inibição psicomotora em que todos os movimentos corporais, incluindo gestos estão diminuídos ou ausentes (Campos, 2009).

#### 4.2.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Os critérios de diagnóstico para a depressão major descrito no DSM-V são os seguintes (APA, 2013):

A. Presença de pelo menos cinco sintomas com uma duração mínima de 2 semanas seguidas de uma modificação do funcionamento, sendo que um dos sintomas tem que ir ao encontro do humor deprimido (durante a maior parte do dia com a evidência de um auto-relato depressivo ou observação pelos outros) ou da recorrência da perda de prazer/interesse (na maior parte das tarefas durante o dia, podendo ser relatado pelo próprio ou observação externa). Os restantes sintomas são a existência de perda ou

aumento de peso/apetite (sem existir uma intenção), de insónia ou hipersónia na maior parte dos dias, de agitação ou lentidão psicomotora (observada pelos outros), de fadiga ou perda de energia na maioria dos dias, dos sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou desadequada em quase todos os dias, da diminuição da capacidade para permanecer concentrado ou de tomar decisões quase todos os dias e da recorrência de pensamentos relacionados com a morte (nomeadamente a ideação suicida através do planeamento específico ou tentativa);

B. Os sintomas anteriormente mencionados provocam um mal-estar clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou em qualquer área importante;

C. O episódio não pode ser explicado por causas fisiológicas, pelo consumo de substâncias ou qualquer condição médica;

D. A ocorrência do episódio não pode ser melhor explicada pela esquizofrenia, perturbações psicóticas, etc.;

E. Não existiu qualquer episódio maníaco ou hipomaníaco.

#### 4.3 – PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE HISTRIÓNICA

A Personalidade Histriónica é caracterizada pela autodramatização, labilidade de humor, a erotização das relações, procura constante de elogios e aprovação, egocentrismo e somatização (Godinho, 2014).

A patologia tem uma maior frequência no sexo feminino, apesar de não existir uma discrepância significativa de valores em relação ao sexo masculino (APA, 2013).

Os sintomas das perturbações da personalidade são verificados quando existe um comportamento desadaptativo, que provoca uma incapacidade funcional significativa ou um sofrimento subjetivo. Desse modo, o comportamento do indivíduo tende a afastar-se dos padrões normais para o contexto em que está inserido. Existe uma alteração a nível cognitivo, a forma de compreender e interpretar o self, os outros e os eventos torna-se desadequado. A afetividade apresenta também alterações com uma intensidade exagerada, assim como uma labilidade excessiva, o que faz com que a resposta emocional não seja apropriada. O funcionamento interpessoal assim como o controlo de impulsos também não se encontram ajustados (Godinho, 2014).

A perturbação por norma inicia-se na adolescência ou no início da idade adulta, é de longa duração e estável, provoca sofrimento ou incapacidade no indivíduo (Godinho, 2014).

Os primeiros sinais são evidenciados na adolescência, porém apenas na idade adulta se pode comprovar a presença da patologia. Os indivíduos por norma apenas apresentam necessidade de ajuda médica após a perda de alguém significativo ou uma situação social que não seja estável, visto que é quando existe uma maior instabilidade interior e menor controlo sobre si mesmo (APA, 2013).

#### 4.3.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

De acordo com a American Psychiatric Association (2013), a Perturbação da Personalidade Histriónica, surge na vida adulta e é considerada um padrão difuso de emocionalidade e uma procura constante de atenção em excesso por parte do outro em vários contextos, que se caracteriza por cinco ou mais dos seguintes critérios:

1. Quando não é o centro das atenções, o indivíduo sente desconforto.
2. Na interação com o outro é adotado um comportamento provocativo ou sexualmente sedutor inadequado.
3. As emoções são mudadas de forma repentina assim com a sua expressão superficial.
4. A aparência física é utilizada como meio para chamar a atenção para si.
5. O discurso é caracterizado por ser impressionista e com falta de detalhes.
6. As emoções são manifestadas de forma exagerada, utilizada a autodramatização e teatralidade.
7. É influenciável.
8. As relações pessoais são entendidas com uma intimidade diferente da realidade.

#### 4.4 – ANOREXIA

As doenças que envolvem o comportamento alimentar são complexas e multidimensionais e são a junção de vários fatores psicológicos, biológicos e socioculturais que se manifestam através de comportamentos patológicos que provocam nos indivíduos uma alteração na qualidade de vida (Maximiano, Miranda, Tomé, Luís & Maia, 2005).

A Anorexia Nervosa é determinada como uma perturbação cognitiva e emocional da imagem corporal. Os indivíduos apresentam várias consequências somáticas da

diminuição progressiva de ingestão de alimentos e pelo medo de comer. Como meio de aliviar esses sintomas pode ocorrer uma restrição alimentar ou recurso a medidas purgativas como o vômito auto-induzido (Bouça, 2014).

As características biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais são os principais fatores que determinam a manifestação da anorexia no indivíduo. Relativamente às características biológicas, os fatores genéticos apresentam destaque, quando existe um irmão que tenha desenvolvido a patologia existe uma maior probabilidade da mesma se desenvolver. No que diz respeito às características psicológicas, os indivíduos apresentam-se insatisfeitos com a sua vida e frustrados, encontrando as soluções para os seus problemas na patologia. O ambiente familiar apresenta influência quando ocorre uma super proteção parental, envolvimento excessivo entre o agregado familiar e pouca motivação para as mudanças (Fleitlich, Larino, Cabelo & Cordás, 2000).

Os sintomas da patologia apresentados são a intolerância ao frio, excesso de fadiga, queda de cabelo, dor abdominal, letargia, extremidades do corpo frias, amenorreia e a pele apresenta uma cor amarelada e seca (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini & Santos, 2006; Herzog & Eddy, 2010) No caso de ocorrer a auto-indução do vômito ocorre erosão dental e lesões na parte dorsal da mão (Herzog & Eddy, 2010).

A patologia é mais frequente ocorrer no sexo feminino, entre os 14 e os 17 anos, sendo que existem casos precoces em que se inicia entre os 10 e os 11 anos, ou um início tardio após os 23 anos. Relativamente a taxa de mortalidade, atinge cerca de 5% dos casos, quando associados a diagnósticos e tratamentos tardios (Schmidt & Mata, 2008).

Existem fatores que são determinantes para uma evolução desfavorável da patologia, no caso de o indivíduo apresentar um peso muito inferior ao esperado, a patologia ter tido um início tardio, a terapêutica ter sido iniciada muito tarde, presença de práticas purgativas, as relações familiares instáveis e a comorbidades psiquiátrica (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini & Santos, 2006).

A imagem corporal nos indivíduos com anorexia encontra-se comprometida, assim como estão presentes distúrbios interoceptivos e distímia (Herzog & Eddy, 2010).

Relativamente à personalidade, os indivíduos apresentam características obsessivas, baixa auto-estima, perfeccionismo, intolerância aos afetos negativos, competitivos e com dificuldade em compreender a sua verdadeira identidade (Herzog & Eddy, 2010). Apresentam cautela e preocupação em excesso, aversão a mudanças que faça com que

se desloquem da área de conforto, hipersensibilidade e gosto pela ordem do outro (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini & Santos, 2006).

Caso a anorexia seja de compulsão alimentar purgativa, o indivíduo pode apresentar comportamento de agressividade consigo próprio e comportamentos impulsivos. É comum que exista um conflito a nível de maturação emocional e sexual, à separação e individualização e medo do controlo por parte do outro (Herzog & Eddy, 2010).

#### 4.4.1 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Os critérios de diagnóstico para a Anorexia Nervosa descrito no DSM-V são, segundo o APA (2013):

- A. Diminuição da ingestão calórica necessária, o que leva o indivíduo a obter um peso significativamente baixo para a idade, género, desenvolvimento e saúde física.
- B. Medo constante de ganhar peso ou engordar, ou apresentar um comportamento persistente que interfere no aumento de peso mesmo quando já apresenta um peso significativamente inferior ao ideal.
- C. Alteração no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida no peso ou da forma corporal no modo como o próprio indivíduo se vê, assim como a falta de consciência da gravidade do problema.

Existem dois subtipos da patologia, o tipo restritivo e o tipo compulsão alimentar purgativa. No subtipo restritivo, nos últimos três meses não ocorreu nenhum episódio de compulsão alimentar ou comportamento purgativo; a perda de peso deve-se a dietas, jejum ou por exercício físico em excesso. No subtipo compulsão alimentar purgativa, nos últimos três meses estiveram presentes episódios em que o indivíduo recorria a compulsão alimentar purgativa, como os vômitos induzidos ou uso indevido de substâncias de eliminação (APA, 2013).



## 5 – ESTUDO DE CASO 1

Neste capítulo vai ser apresentado o primeiro dos estudos de caso em contexto ambulatório no Hospital de Dia. O caso será apresentado, com base na sua história clínica e pessoal do indivíduo. De seguida, serão apresentados os seguintes pontos: avaliação inicial com base nos instrumentos anteriormente referidos, elementos critério, hipóteses explicativas, perfil intra individual com os respetivos objetivos, projeto pedagógico-terapêutico, progressão terapêutica e avaliação final, e por fim, discussão em que ocorre uma apreciação global do caso.

### 5.1 – IDENTIFICAÇÃO

Utente CS
<b>Idade:</b> 31 anos
<b>Diagnóstico:</b> Perturbação Obsessivo Compulsiva; Comportamentos Anorécticos; Incapacidade Intelectual Ligeira

A Utente CS reside com os seus pais e é filha única. Desde a infância que apresentava problemas na relação com a mãe e o pai, sendo que o pai a educava de forma rígida e punitiva. A nível escolar, sofria de bullying por parte dos colegas, relatando que não gostava de ir à escola porque estavam sempre a gozar com ela. Os resultados escolares eram baixos e foi acompanhada ao nível da educação especial devido ao diagnóstico de Défice Cognitivo Ligeiro.

A partir dos 13 anos começou a apresentar comportamentos compulsivos, como a lavagem do corpo e das mãos de forma consecutiva, tendo depois dado início à indução do vómito após as refeições. Apesar dos sintomas que a utente apresentava, apenas começou a ser acompanhada a nível psiquiátrico aos 19 anos.

A utente CS permaneceu dois anos sem qualquer seguimento médico porque se deslocou para outra área de residência com o seu companheiro. Residia com o seu companheiro e a sua sogra com quem não tinha uma boa relação. Com o companheiro também não existia estabilidade e foi vítima de várias agressões. Engravidou de forma não desejada, mas a mesma decorreu de forma saudável até ao fim e o parto ocorreu sem qualquer problema.

Aos 26 anos foi realizado o primeiro internamento em que foi dado o diagnóstico de Perturbação Obsessivo Compulsiva. Esse internamento teve como objetivo diminuir os comportamentos não desejados e teve a duração de 35 dias. Aos 28 anos ocorreu novamente um internamento devido ao diagnóstico associado, aos comportamentos de lavagem consecutiva que permaneciam, assim como a indução do vômito. As lavagens consecutivas faziam com que a utente CS se sentisse mais aliviada e confortável. Relativamente à indução do vômito, não apresentou qualquer problema com o peso ou imagem corporal.

A separação do seu companheiro e o afastamento da filha tornou a utente mais ansiosa e fez com que os seus comportamentos se tornassem menos assertivos, regressou a casa dos pais onde existia dificuldades no ambiente familiar

A utente frequentou um curso de formação profissional com a duração de dois anos. Após terminar começou a permanecer mais tempo em casa e a situação agravou-se devido à instabilidade familiar. A medicação não estava a ser tomada como sugerido e desse modo ocorreu novamente um internamento aos 29 anos. Foi também, diagnosticada com Anorexia apesar de não existir nenhuma alteração a nível da imagem corporal nem do peso. Quando foi passada a alta do internamento, os pais encontravam-se muito reticentes quanto à sua saída e não queriam que a mesma fosse para casa.

Aos 30 anos começou a ser acompanhada na área de dia com a terapeuta ocupacional, com o objetivo de desenvolver capacidades como rotinas: regras e o funcionamento em grupo, com o principal intuito de inserir a utente numa formação na sua área de residência. Nesse mesmo ano, o progenitor da utente faleceu e, apesar da instabilidade que vivia com o mesmo, apresentava consciência de que era ele que colocava os limites. Por esta razão, a vida da utente tornou-se mais instável. E os comportamentos obsessivos-compulsivos regressaram, principalmente a indução do vômito. Os comportamentos da utente alteraram-se: tornou-se mais violenta e encontrou-se num estado de magreza excessiva. Por este motivo foi necessário recorrer novamente ao internamento, e após completar de forma positiva o mesmo, regressou para a área de dia.

Atualmente, a utente continua a ter que ser vigiada quanto à terapêutica porque continua a apresentar algumas fugas. A nível familiar apresenta discussões constantes com a mãe em que existe um descontrolo entre ambas as partes. Refere várias vezes que a sua mãe quer ser o seu pai mas que não consegue. A sua filha de 6 anos reside consigo desde há

pouco tempo, com quem também apresenta algumas dificuldades de relação. Não consegue impor o respeito a nível verbal e utiliza outros meios para ser ouvida. Apresenta uma necessidade, que exterioriza, de ter uma relação e sexualiza em excesso, apresentando conversas despropositadas com o outro.

Foram notórias as evoluções desde que participa na área de dia, os comportamentos obsessivos diminuíram, a nível de relação já apresenta uma melhor relação com o outro e em grupo, assim como uma maior capacidade para cumprir regras.

## 5.2 – AVALIAÇÃO INICIAL

### 5.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO INFORMAL (ADAPTADA)

De acordo com Correia (2014), existem diversas características que são comuns nas Perturbações Psiquiátricas, que fundamentam os critérios diagnósticos. A observação informal foi construída com base na semiologia descritiva de Correia (2014).

Relativamente à consciência, estavam presentes alterações a nível quantitativo com destaque a obnubilação, visto que a utente apresentava sonolência com alguma agitação que provocava uma dificuldade na concentração e atenção. No que diz respeito à atenção, a utente apresentava uma atenção ativa ou voluntária, visto que existia um esforço consciente e intencional dirigido para um determinado objeto. No âmbito da orientação, não existiram alterações significativas, podendo se considerar apenas uma desorientação ligeira quando há a perda de noção das horas. Relativamente à percepção, não foram verificadas alterações significativas. Pode ser considerado que a utente apresente uma ligeira distorção ao nível sensorial no que diz respeito à intensidade, visto que apresenta hiperestesia, que é quando a intensidade da percepção está alterada e desse modo é incomodativo quando o som ultrapassa o limiar. No que diz respeito ao discurso, a utente apresenta um discurso com alterações a nível orgânico, a dislexia, que ocorre quando há a dificuldade na compreensão das palavras. A nível das alterações semânticas e sintáticas, verifica-se a presença de um discurso pobre em que existe uma diminuição dos recursos linguísticos. No âmbito do pensamento, a utente apresentou uma alteração do ritmo do pensamento, como o bradipsiquismo, que se reflete no pensamento progredir lentamente, com dificuldade no poder de associação de ideias e dificuldade em transitar de um assunto para outro. Existe uma lentidão no discurso e capacidade reduzida na tomada de decisões. Verificou-se ainda uma alteração da forma do pensamento. No que diz respeito ao pensamento concreto, a utente apresenta dificuldade em distinguir o concreto do simbólico, com ausência de conceitos como a

ironia, o subentendido e duplo sentido; na alteração da posse do pensamento estão presentes ideias obsessivas. Na vivência do eu, a utente CS não apresentou quaisquer alterações. Relativamente ao humor, emoções e afetos, apresentou uma alteração ao nível qualitativo do humor, que se caracteriza por humor disfórico, em que existe uma tonalidade afetiva mal-humorada que causa uma sensação de mau-estar, que provoca ansiedade, irritação e agressividade. Nas alterações da expressão afetiva e emocional, apresentou moria, em que a forma de alegria se expressa de forma pueril, ingénua e sem conteúdo afetivo. No que diz respeito à vontade e impulsividade e comportamentos agressivos, a utente apresentou alterações nas alterações quantitativas da vontade em que estava presente a hipobulia, que significa que há uma redução da vontade de executar a ação. Nos atos impulsivos, uma alteração a nível dos impulso-agressivo-destrutivos, sendo que, os episódios aconteceram principalmente no domicílio. Nos comportamentos auto e heteroagressivos, estão presentes as compulsões, que vão de acordo com o diagnóstico associado. Ao nível da motricidade, foram principalmente reconhecidas alterações ao nível dos movimentos induzidos, em que há ecopraxia e uma imitação dos gestos que observa. Na vida instintiva, verificou-se que a utente apresentou alterações no sono, a insónia. Dentro das parassónias, a utente no decorrer do sono referiu ser frequente ter pesadelos; nas alterações do comportamento alimentar, estava presente a ingestão alimentar compulsiva. Ressalta-se a hipersexualidade, ou seja, um aumento da libido, que demonstrava a partir da comunicação verbal. Por fim, no que diz respeito ao insight e a consciência para a doença, apresentou um insight parcial.

#### 5.2.2 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA

A utente CS foi avaliada em contexto clínico individualizado, no dia 21 de Março. A BPM não foi aplicada na íntegra, tendo sido selecionados apenas alguns itens considerados relevantes. Resultados da avaliação pela BPM encontram-se na tabela 5.

Tabela 5. Resultados iniciais da BPM - Utente CS

<u>Tonicidade</u>	Passividade	2
	Paratonias	1
	Diadococinesias	2
	Sincinésias	2
<u>Equilibração</u>	Imobilidade	3
	Equilíbrio Estático	3
<u>Lateralização</u>	Ocular	D
	Auditiva	E
	Manual	D
	Pedal	D
<u>Noção do Corpo</u>	Sentido Sinestésico	3
	Reconhecimento Direita-Esquerda	3
	Auto-imagem	2
	Desenho do Corpo	3
<u>Estruturação Espaço-Temporal</u>	Organização	2
	Estruturação Dinâmica	1
	Representação Topográfica	3
	Estruturação Rítmica	1
<u>Praxia Global</u>	Dissociação MS	3
	Dissociação MI	3
	Dissociação Agilidade	2
<u>Praxia Fina</u>	Coordenação Visual Dinâmica	3
	Tamborilar	3

A utente CS revelou rigidez muscular, resistência ao abandono dos membros tanto superiores como inferiores e paratonias. Dificuldade na descontração voluntária com a presença de contrações proximais e distais, com movimentos rígidos e hipercontrolado. Apresentou, na prova de diadococinesias, crispação dos dedos na mão esquerda e desvio do antebraço. Nas sincinésias apresentou movimentos de imitação com a mão contrária e crispação peribucais.

CS consegue manter a postura, o que vai de acordo com a sua elevada rigidez corporal. Mostrou dificuldade em permanecer de olhos fechados, indicando não estar disponível para perder o contacto visual com o meio envolvente e a terapeuta. Apresentou hiperemotividade principalmente devido à ansiedade. Quando pedido para colocar as mãos nos quadris revelou insegurança gravitacional, apresentando várias recolocações das mãos e sincinesias.

No que diz respeito à lateralização foram aplicadas a prova ocular, auditiva, manual e pedal. A lateralidade ocular, manual e pedal é direita e a auditiva esquerda, sem hesitações.

A utente apresentou facilidade em identificar as partes do corpo em si e no outro. Relativamente à distinção de direita esquerda, identificou em si mas apresentou dificuldade em identificar no outro. Quando pedido para realizar a prova de auto-imagem apresentou um movimento hipercontrolado com dismetria. Na prova de desenho do corpo, a utente não se demonstrou entusiasmada com a proposta referindo que não ia demorar muito tempo, o desenho encontra-se desadequado para a faixa etária; não apresenta nem cabelo nem orelhas mas estão presentes todos os elementos da face; o pescoço é muito longo existindo uma distância muito grande em relação à cabeça e aos ombros; os braços são pequenos em comparação com o resto e as mãos estão representadas com duas bolas, os membros não apresentam o mesmo tamanho; o tronco é muito extenso e termina de forma reta, sendo as pernas representadas por dois traços e os pés por duas bolas.

CS apresentou dificuldade ao nível da sequencialização visuoespacial que pode ser associada a uma memória de trabalho pouco eficaz. A integração temporal rítmica desajustada, o que indica que a integração áudio motora se encontra desadequada.

Ao nível da praxia global, revelou um planeamento motor desadequado com sinais disfuncionais indiscerníveis e ligeiras dismetrias.

Na praxia fina, movimento controlado mas com a presença de movimentos parasitas a nível bucal. O planeamento motor encontra-se adequado como o autocontrolo visuo-motor, com algumas hesitações e ligeiras tensões.

Em síntese, a utente apresenta um perfil hipertónico, que se reflete através de uma postura rígida e defensiva, com dificuldade de aceder à passividade, pouca permeabilidade ao toque e dificuldade em permanecer de olhos fechados quando solicitado.

### 5.2.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

De acordo com a classificação do Mini Mental State Examination, a utente CS apresentou um resultado final de 22 em 30 pontos. A utente apresentou valores elevados na orientação e na linguagem, sendo que não conseguiu obter pontuação na atenção e calcula e na habilidade construtiva, como pode ser visto no gráfico 1.

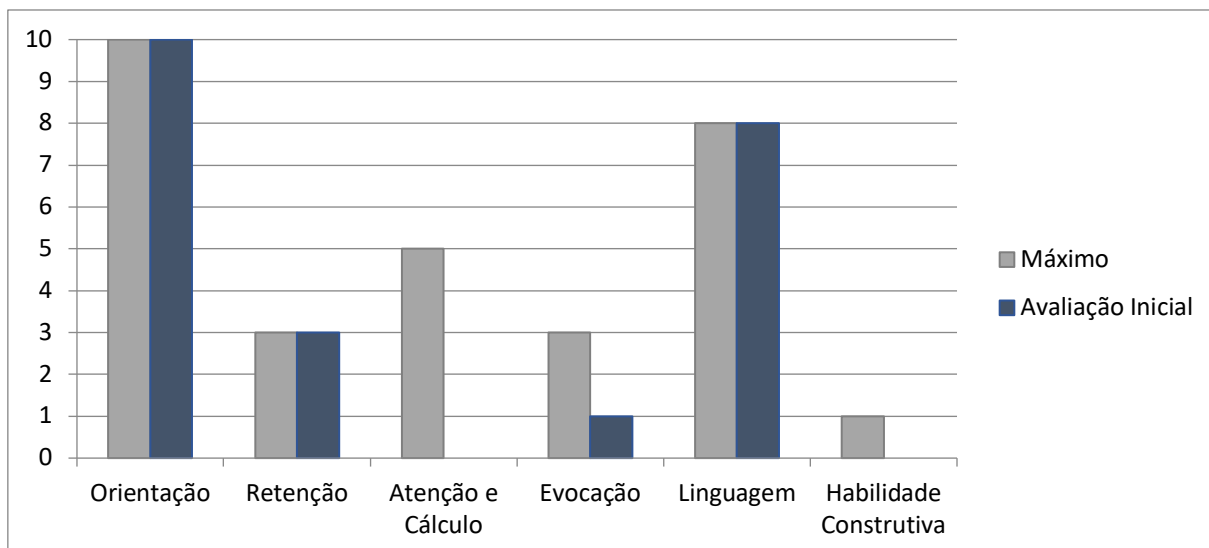


Gráfico 1. Resultado Inicial do MME – Utente CS

Os 22 pontos obtidos ao relacionar com o nível de escolaridade revelam que a utente apresenta uma baixa a média escolaridade, o que se verifica. Verificou-se uma alteração a nível cognitivo, como esperado, devido ao défice cognitivo. A dificuldade na atenção e cálculo deveu-se à falta de compreensão da tarefa, principalmente. Na habilidade construtiva, a utente realizou a cópia, porém apresentou dificuldade em compreender a sobreposição da imagem, apresentado mais do que dois lados intersectados.

#### 5.2.4 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN

A Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) foi aplicada no decorrer das atividades em grupo em movimento. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6. Resultado da Escala Observação de Louvain – Utente CS

<b>Relações Emocionais</b>	Ligeiramente Sub – Relacionado: +1
<b>Autoconfiança</b>	Sem Autoconfiança: -2
<b>Atividade</b>	Ativo: 0
<b>Relaxação</b>	Tenso: +2
<b>Controlo do movimento</b>	Movimentos Ligeiramente Descontrolados: -1
<b>Atenção Focalizada</b>	Ligeiramente Não Envolvido: -1
<b>Expressividade do Movimento</b>	Ligeiramente Apático: -1
<b>Comunicação Verbal</b>	Ligeiramente Não Comunicativo: -1
<b>Regulação Social</b>	Ligeiramente com Falta de Regras: -1

No que diz respeito às relações emocionais, a utente é caracterizada por ser ligeiramente sub-relacionada visto que apresenta uma relação próxima com o outro, procura sempre o refúgio em alguém e elogia o outro com o objetivo de o agradar. No tópico da autoconfiança foi descrita como sem autoconfiança, revela falta de iniciativa e hesitante na realização das atividades e imita os outros com medo de falhar. Na questão da atividade, a utente apresenta um comportamento ativo sem alterações. Na relaxação considera-se como tensa, os movimentos são realizados de forma abrupta, movimentam-se de forma desadequada e com pouca amplitude. Relativamente ao controlo do movimento, apresenta os movimentos ligeiramente descontrolados, revela precipitação e pouco controlo. Na atenção focalizada, a utente, apesar de conseguir realizar as atividades de movimento de forma continua estabelece o diálogo com o outro tanto na explicação como no decorrer da atividade. No tópico da expressividade do movimento, é ligeiramente apática, apresenta falta de expressividade sendo então a sua expressão facial monótona. Na comunicação verbal, apresenta um estilo de comunicação ligeiramente não comunicativo, apresenta seletividade no outro, apenas estabelece o diálogo com quem acha pertinente, apresenta dificuldade em expressar-se através da fala e, as respostas são sempre dadas de forma simples e clara. Por fim, na regulação social apresenta-se, ligeiramente com falta de regras, pouca adequação na linguagem, desafiante perante o outro e apresenta dificuldade em cumprir regras.

## 5.2 – ELEMENTOS CRITÉRIO

Após a observação e a avaliação realizadas à utente CS, foi possível destacar alguns aspetos relevantes que permitem caracterizar a utente, sendo eles:

- Hipertonicidade generalizada;
- Dispraxia;
- Dificuldade de compreensão;
- Discurso pobre;
- Dificuldades na atenção focalizada;
- Má relação familiar;
- Intolerância à frustração;
- Dificuldade em lidar com a frustração;
- Disponível para o outro;
- Boa relação com os pares e a terapeuta;



### 5.3 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS

As hipóteses explicativas foram estabelecidas com base na recolha de informação do processo médico, através da observação informal, Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) e Minimental State Examination, ao estabelecer uma relação com a literatura sobre o diagnóstico da utente, existe uma melhor compreensão do caso e adequação da intervenção.

Os sintomas da perturbação obsessivo-compulsiva podem ser o resultado de uma aprendizagem incorreta, e o medo e aflição tornam-se associados a pensamentos consequentes de experiências que para os indivíduos foram traumatizantes. Inicialmente os pensamentos são considerados como neutros. Quando passam a ser intrusivos, surgem as obsessões, e nesse caso ocorre uma generalização para diversos objetos que inconscientemente se associam ao trauma (Cassol, Reppold, Ferrão, Gurgel & Almada, 2010).

Segundo Franco e Campos (2010) quando as relações maternas e paternas são marcadas pela falta ou fragilidade de afetos, falta de um envolvimento construtivo ou um cuidado insuficiente, o indivíduo apresenta uma maior vulnerabilidade para o aparecimento de diferentes tipos de personalidade desadaptativos. Especificamente nas mulheres, o facto da relação paterna ser vincada pela crítica, punição e ambivalência é considerado também como um fator de vulnerabilidade. O que vai de acordo às características da utente, que tinha uma relação familiar complicada focada principalmente nas críticas e punição, justificando o tipo de personalidade instável.

Podemos então relacionar as características da utente como a dificuldade na relação com o outro, comportamentos desadequados e a pouca auto confiança com a educação, visto que segundo Gleitman, Fridlund e Reisberg (2014) quando a criança é educada segundo padrão autocrático, há o seguimento de um padrão rígido em que a criança não tem opção de escolha, sendo controlado o que a criança fala e realiza. Muitas vezes são estabelecidas regras firmes e caso não haja o seu cumprimento ocorre uma punição que pode ser através de agressões físicas, não são explicadas à criança as regras, visto que apenas é necessário que as cumpra. Os autores referem que as crianças que são educadas segundo este regime quando adultas vão apresentar características específicas como dificuldade ao nível da comunicação, pouca independência, irritabilidade

excessiva, muito desobedientes, com baixa auto-estima e pouca originalidade intelectual.

Segundo Damas (2017), desde a infância que são desenvolvidos os esquemas desadaptativos precoces que se caracterizam por permanecerem ao longo da vida do sujeito. Estes são resultado das relações que são estabelecidas a nível precoce com as figuras de referência. Podem ser desenvolvidos em diversos domínios, quando o indivíduo não consegue evoluir de forma saudável devido às experiências desadequadas a nível parental e social. Apresentam maior vulnerabilidade para desenvolver estes esquemas desadaptativos os indivíduos que tenham famílias destruídas, onde os afetos sejam negligenciados. Segundo Cassol, Reppold, Ferão, Gurgel e Almada (2010), quando ocorre uma ameaça ao nível da relação parental pode ser verificada no indivíduo sentimentos de culpa e auto-agressão, desencadeando o pensamento mágico ou a POC.

A principal causa da anorexia, encontra-se em estudo, existem diversos motivos que podem causar a doença, quer seja do foro psicológico ou orgânico. Dentro das causas psicológicas, podemos destacar o conflito e a revolta que existe contra os pais, em que persiste um desejo excessivo de autonomia e de controlo. Visto que a pessoa é infeliz e não sabe como resolver a questão, refugia-se no seu corpo e sente prazer ao ter um controlo total sobre o mesmo (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014).

CS começou a apresentar os comportamentos obsessivos através da lavagem consecutiva das mãos e do corpo. Em seguida, começou a inserir a indução do vómito nas suas obsessões, principalmente em momentos que traziam mais ansiedade. A ansiedade era combatida pela doente através das ações que a tranquilizavam após o fator stressante. Existe uma relação estreita entre as obsessões e compulsões e com o perfeccionismo, assim como com a personalidade instável e rigidez do pensamento como o caso de CS. E segundo Herzog e Eddy (2010), as características da personalidade, a restrição emocional, o perfeccionismo e a rigidez são considerados fator de risco para o desenvolvimento da anorexia. Os indivíduos que apresentam um tipo de personalidade suscetível, durante os períodos de ansiedade como resposta às mudanças súbitas têm a necessidade de se refugiar na estrutura e na rigidez (como o alimento) para que esteja presente um sentimento de conforto e segurança. No ponto de vista psicodinâmico, a anorexia é uma tentativa de resolução dos problemas intrapsíquicos, em que os comportamentos desadequados a nível alimentar são compreendidos como um conflito a nível emocional.

A utente sofria de bullying por parte dos colegas, o que fez com que não tivesse interesse na escola e evita-se a mesma. De acordo com Almeida, Cardoso e Costac, (2009), existem diversos fatores que estão associados ao bullying, sendo que se destacam os indivíduos que apresentem uma família destruída, com poucos limites, que apresentem hiperatividade, impulsividade, distúrbios comportamentais e de atenção, baixa inteligência ou um desempenho acadêmico superior. Pode-se verificar então que a utente apresentava várias características comuns às vítimas de bullying, como a família destruída, a impulsividade nas ações, a dificuldade em regular comportamentos e a dificuldade ao nível escolar que se pode associar ao défice cognitivo ligeiro.

Os comportamentos de obsessão tiveram início na adolescência, tanto a lavagem consecutiva como a indução do vômito, sendo que os diagnósticos foram sedimentados apenas na idade adulta, o que vai de acordo com Almeida, Cardoso e Costac, (2009) que referem que o indivíduo que sofre de bullying, apresenta uma maior probabilidade de na vida adulta vir a desenvolver problemas psiquiátricos, sendo que os comportamentos se iniciam em criança e apresentam continuidade na vida adulta.

A utente CS apresenta dificuldade em dar continuidade às relações, principalmente as amorosas. A relação com o seu parceiro durou pouco tempo devido aos conflitos que existam entre ambos, sendo de realçar que apresentou preferência por um homem que seguia as características do seu pai. Segundo, Abramowitz, Taylor e Mckav, (2009) os indivíduos com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva são menos orientados para terem um relacionamento amoroso contínuo, uma maior propensão para o desemprego, dificuldade em estabelecer a relação social e no funcionamento ocupacional. A utente apresenta dificuldade em dar continuidade a uma ação durante um longo período de tempo, e encontra-se desempregada, não apresenta motivação para realizar nenhuma ocupação que saia da sua área de conforto.

A utente apresenta uma grande dependência do outro, não realiza as atividades do quotidiano de forma independente e necessita de forma constante de incentivo. Ao viver com a mãe, segue as suas regras, ainda que entre em conflito com a mesma. Existe uma necessidade extrema de ter a mãe presente, devido ao medo de ser abandonada e ir viver para uma instituição devido a apresentar comportamentos que revelam não ser capaz de ser autónoma. Segundo Campos (2012), a relação fusional com um mau objeto materno, pode impedir a autonomia visto que existe uma dependência excessiva de seguir as

normas da mãe, também podem ocorrer dúvidas quanto à própria identidade e as suas capacidades como mulher.

#### 5.4 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Após a observação, avaliação e análise do caso, foi possível traçar o perfil intra-individual da utente CS, sendo estabelecidas as áreas de competência e de necessidade (ver tabela 7), assim como, os objetivos gerais e específicos a serem trabalhados com a utente no decorrer da intervenção (ver tabela 8).

Tabela 7. Perfil intra-individual da utente CS

<b>Áreas de Competência</b>	<b>Áreas de Necessidade</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respeito pelo outro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atenção e Concentração</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Relação com o outro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impulsividade</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cooperação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resistência à frustração</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicação verbal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicação não-verbal</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordenação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criatividade e Imaginação</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Praxia fina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Expressividade</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ritmicidade</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tonicidade</li></ul>

Tabela 8. Perfil intra-individual da utente CS: objetivos gerais e específicos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Estimular as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de concentração e atenção</li> <li>• Melhorar a capacidade de escrita</li> <li>• Aumentar a capacidade de raciocínio e lógica</li> <li>• Desenvolver a criatividade</li> <li>• Aumentar a capacidade de imaginação</li> <li>• Aumentar a capacidade simbólica</li> </ul>
Promover a linguagem verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções</li> </ul>
<b>Domínio Relacional</b>	
Promover as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos</li> <li>• Desenvolver a expressão individual</li> <li>• Promover a assertividade</li> </ul>
Desenvolver a capacidade de auto-regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência dos estados emocionais</li> <li>• Diminuição dos estados ansiosos</li> <li>• Diminuição da impulsividade</li> <li>• Aumento da capacidade de autocontrolo</li> <li>• Promover a auto-estima</li> </ul>
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência e limites corporais</li> <li>• Desenvolver a criatividade e expressividade corporal</li> </ul>
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a diferença entre estado de tensão e de descontração</li> <li>• Melhorar a capacidade de controlar a respiração</li> <li>• Aumentar a capacidade da regulação dos ritmos internos</li> </ul>
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de se organizar no espaço</li> <li>• Aumentar a capacidade rítmica</li> <li>• Melhorar a capacidade de planeamento</li> </ul>

## 5.5 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

### 5.5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Segundo Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), o movimento é utilizado como uma ferramenta terapêutica para estimular o psíquico, sendo importante que ao longo das sessões ocorra um processo de mentalização. É necessário que exista uma percepção, interpretação e consciência do comportamento, que devem ser justificados pelo indivíduo segundo as suas necessidades, desejos, sentimentos, propósitos, objetivos e razões.

A utilização da mediação corporal tem como objetivo estimular o desenvolvimento da perceptividade e da atividade tanto simbólica como conceptual, que é conseguido através da experiência sensório-motor. O foco principal encontra-se na intencionalidade e consciência da ação, em que ocorre um investimento nas várias formas de expressão, sendo motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008).

Visto que a utente CS apresenta dificuldade em expressar os seus sentimentos e desejos, segundo Maximiano (2004) é pertinente a utilização da expressão plástica porque facilita ao indivíduo transmitir o que foi sentido e vivido quinestesticamente, facilitando a tomada de consciência e a expressão verbal do conteúdo emocional e também sensorial das experiências vividas.

Na Perturbação Obsessivo-compulsiva, segundo Probst (2017), a intervenção deve ser baseada na expressão e na comunicação, com tarefas de consciencialização corporal, exercícios de relaxação e respiração, consciência sensorial, corporal e de movimento, atividades de espelho, dança e expressão e exercícios de grupo com o objetivo de resolver problemas.

Na intervenção com a Perturbação Alimentar, anorexia, os principais objetivos específicos é a (1) reconstrução de uma auto-imagem realista, (2) diminuição dos impulsos, tensões e hiperatividade, e por fim, (4) desenvolvimento das habilidades sociais. É benéfico para o indivíduo a utilização de técnicas de relaxação e controlo respiratório para adquirir a sensação de bem-estar e consciência corporal (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Tanto a Perturbação Obsessivo-Compulsiva como a Anorexia são patologias consideradas como doenças corporais, que se refletem no corpo, que causam uma certa

apreensão pela diminuição do contacto e uma diminuição ao nível das trocas. Existem técnicas que são importantes utilizar com estes utentes, como o jogo dramático, a relaxação e a expressão corporal. No jogo dramático existe a possibilidade do indivíduo ter controlo sobre a narrativa e um acesso à gestualidade, trabalha-se também ao nível psíquico através do conteúdo fanático subjacente da narrativa. A relaxação é utilizada como um ritual que permitem o controlo da ansiedade que pode ser reconhecido no paciente como uma repetição somática. A expressão corporal é considerada como um espaço de descoberta e criatividade, inicialmente provoca um sentimento doloroso, porém com a evolução o intuito é que exista a capacidade de apreciar o seu próprio corpo (André, Benavidès & Giromini, 2004).

### 5.5.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

Durante a intervenção com a utente, vão ser utilizadas estratégias que vão ser utilizadas em todas as sessões, sendo elas:

- Estabelecer uma relação empática
- Promover um ambiente seguro, sem julgamentos e de confiança
- Estabelecer limites e regras, e exigir o cumprimento das mesmas;
- Planificação estruturada de cada uma das sessões
- Promover situações que foquem a atenção
- Atividades lúdicas em que seja possível realizar a transferência para o quotidiano
- Utilizar instruções simples e claras
- Dividir as tarefas complexas em tarefas mais simples e aumentar a complexidade
- Incentivar à sugestão de novas atividades que a utente tenha preferência em realizar

### 5.5.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES

Nas sessões individuais realizadas com a utente CS vão ser trabalhadas as dificuldades ao nível da escrita, por pedido da mesma. Como exemplo, uma das atividades realizada consistia em representar com o corpo e com os materiais uma palavra fornecida pela terapeuta, e em seguida escrever cinco palavras que se relacionassem com a mesma.

Outro exemplo de atividade, relacionado com as emoções e a assertividade. Em primeiro lugar estabelecer o diálogo para compreender o que eram as emoções e quais

eram. Quando compreendidas as emoções, passar para demonstrar como as emoções são representadas através do corpo. Em seguida, relacionar as emoções com as situações vividas no dia-a-dia.

## 5.6 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA

### 5.6.1 – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL

#### 5.6.1.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA

A utente CS foi avaliada em contexto clínico individualizado, no dia 9 de Julho. Resultados da avaliação pela BPM encontram-se na tabela 9.

Tabela 9. Comparação dos Resultados iniciais e finais da BPM– Utente CS

<b>Avaliação</b>		<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
<u>Tonicidade</u>	Passividade	2	3
	Paratonias	1	2
	Diadococinesias	2	3
	Sincinésias	2	3
<u>Equilibração</u>	Imobilidade	3	3
	Equilíbrio Estático	3	3
<u>Lateralização</u>	Ocular	D	D
	Auditiva	E	D
	Manual	D	D
	Pedal	D	D
<u>Noção do Corpo</u>	Sentido Sinestésico	3	3
	Reconhecimento Direita-Esquerda	3	3
	Auto-imagem	2	3
	Desenho do Corpo	3	3
<u>Estruturação Espaço-Temporal</u>	Organização	2	3
	Estruturação Dinâmica	1	3
	Representação Topográfica	3	3
	Estruturação Rítmica	1	1
<u>Praxia Global</u>	Dissociação MS	3	3
	Dissociação MI	3	3
	Dissociação Agilidade	2	2
<u>Praxia Fina</u>	Coordenação Visual Dinâmica	3	4
	Tamborilar	3	3

A utente CS revelou novamente rigidez muscular mas com uma diminuição da resistência ao abandono dos membros. Os movimentos permaneceram rígidos e hipercontrolados mas com uma diminuição do nível de resistência. As crispações dos



dedos diminuíram e ocorreu um maior controlo dos movimentos, com registo de movimentos parasitas a nível bucal.

CS apresentou dificuldade a permanecer de olhos fechados, o que indica que esse fator não se deve ao meio envolvente e a terapeuta, mas o medo de perder o controlo do que se passa ao seu redor. Revelou capacidade para permanecer imóvel, com rigidez corporal.

No que diz respeito à lateralização foram aplicadas a prova ocular, auditiva, manual e pedal. A lateralidade ocular, manual, auditiva e pedal foi direita, sem hesitações.

A utente apresentou sinais de hiperemotividade quando ocorria o toque, identificou todas as partes do corpo em si e no outro. Identificou, esquerda e direita, no outro, melhorando em relação à avaliação inicial. O movimento, na prova de auto-imagem, foi lento e coordenado como indicado. Na prova de desenho do corpo, a utente melhorou significativamente em relação ao desenho da prova inicial, ao observar o desenho não existe nenhuma confusão quanto ao género, está representado o cabelo, o nariz, os olhos, sobrancelhas e boca, não há qualquer sinal que indique a presença de orelhas; o pescoço é fundido com a cabeça e os ombros, ou seja, não existe uma discriminação do mesmo; os braços e o tronco são desproporcionais, braços muito curtos; as mãos e os pés estão representados mas sem discriminação de dedos; as pernas são representadas como um traço apenas, o vestuário acompanhada todo o corpo terminando em formato de bola, o que leva a depreender que é um vestido

CS apresentou dificuldade ao nível da sequencialização visuoespacial que pode ser associada a uma memória de trabalho pouco eficaz. A integração temporal rítmica desajustada, o que indica que a integração áudio motora se encontra desadequada. Não foram verificadas melhorias em relação à avaliação inicial.

Ao nível da praxia global, revelou dificuldade ao nível do planeamento motor com desvios ao nível da melodia quinestésica e eumétrica.

Na praxia fina, movimento controlado mas com a presença de movimentos parasitas a nível bucal. O planeamento motor encontra-se adequado como o autocontrolo visuo-motor com vigilância visual excessiva.

### 5.6.1.2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

De acordo com a classificação do Mini Mental State Examination, a utente CS apresentou um resultado de 23 em 30 pontos na avaliação final. O gráfico 2 apresentado em seguida mostra a comparação entre os resultados iniciais e finais do instrumento.

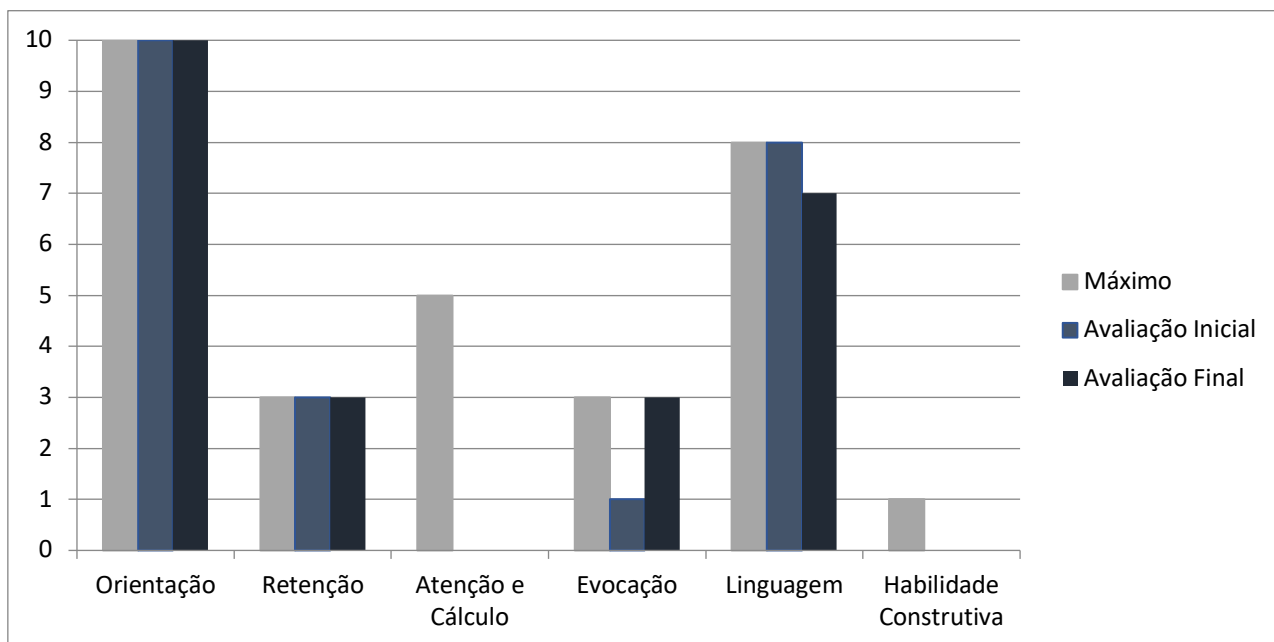


Gráfico 2. Resultados Iniciais e Finais do MME – Utente CS

A utente CS apresentou a mesma pontuação na orientação e na retenção, pontuação máxima. Na evocação existiu um aumento de 2 pontos, que pode ser justificado pela utente já estar preparada para a questão seguinte. Na linguagem existiu uma diminuição de um ponto, sendo que não conseguiu seguir a indicação pedida numa das provas. Quanto à atenção e cálculo e habilidade construtiva, não conseguiu compreender novamente a tarefa e realizou a cópia com mais do que dois lados intersectados, respetivamente.

### 5.6.1.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN

A Escala de Observação de Louvain (Coppinole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) foi aplicada no decorrer das atividades em grupo em movimento. Os resultados são apresentados na tabela 10.

Tabela 10. Comparação da avaliação inicial e final da Escala Observação de Louvain – Utente CS

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Relações Emocionais</b>	Ligeiramente Sub – Relacionado: +1	Ligeiramente Sub – Relacionado: +1
<b>Autoconfiança</b>	Sem Autoconfiança: -2	Ligeiramente Sem Autoconfiança: -1
<b>Atividade</b>	Ativo: 0	Ativo: 0
<b>Relaxação</b>	Tenso: +2	Ligeiramente Tenso: +1
<b>Controlo do movimento</b>	Movimentos Ligeiramente Descontrolados: -1	Movimentos Ligeiramente Descontrolados: -1
<b>Atenção Focalizada</b>	Ligeiramente Não Envolvido: -1	Envolvido adequadamente: 0
<b>Expressividade do Movimento</b>	Ligeiramente Apático: -1	Expressivo: 0
<b>Comunicação Verbal</b>	Ligeiramente Não Comunicativo: -1	Comunicativo: 0
<b>Regulação Social</b>	Ligeiramente com Falta de Regras: -1	Ligeiramente com Falta de Regras: -1

Relativamente às relações emocionais, após o período de intervenção não ocorreu uma alteração na qualificação, mantendo-se como ligeiramente sub-relacionado, a utente continuou a apresentar proximidade com o outro e a refugiar-se nele, sendo que se verificou que ao longo do tempo escolhia praticamente sempre a mesma pessoa. Na autoconfiança, ocorreu uma alteração, evoluindo de sem confiança para ligeiramente sem confiança, continua a imitar os outros com medo de falhar mas já apresenta iniciativa de realizar a atividade perante o grupo. Na atividade, a utente permanece ativa sem alterações. Na relaxação, a utente passou de tensa para ligeiramente tensa, porque os movimentos apesar de continuarem a ser realizados de forma abrupta há uma consciência corporal acrescida. No controlo do movimento, não ocorreram alterações, os movimentos continuam a ser ligeiramente descontrolados devido à precipitação e ao pouco controlo sobre os mesmos. No que diz respeito à atenção focalizada, ocorreu uma alteração de ligeiramente não envolvido para envolvido adequadamente, continuou a realizar as atividades de movimento de forma continua e permanece menos tempo sem estabelecer o contacto com o outro, focando-se mais na tarefa. Na expressividade do movimento, de ligeiramente apático evoluiu para expressivo, que significa que não existem alterações, à medida que ocorreu uma relação mais estreita e de confiança com

o grupo revelou ser expressiva e concordante com o momento. Na comunicação verbal, a avaliação mudou de ligeiramente não comunicativo para comunicativo, apesar do discurso continuar a ser simples e claro, e de existir uma seleção do outro, apresenta mais facilidade em falar perante o grupo e de forma mais reflexiva. Na regulação social, permaneceu com a cotação de ligeiramente com falta de regras, principalmente devido ao teor das conversas e linguagem.

### 5.6.2 – DISCUSSÃO

A utente CS privilegiou de um acompanhamento individual e em grupo com a Psicomotricista. Para além do mesmo, frequentou sessões de psicologia uma vez por semana e realizou atividades diárias com a Terapeuta Ocupacional. Costa (2008) que refere que o trabalho e a discussão entre técnicos são indispensáveis para o trabalho de objetivos comuns, para além de que a troca de ideias, conhecimentos, experiências e vivências promove uma intervenção mais adequada e específica segundo as características individuais.

Ao longo da intervenção existiu uma grande dependência da utente à Psicomotricista, pelo que foi necessário estabelecer limites, mantendo a relação terapêutica sólida. A utente não desempenhava nenhuma atividade sem a presença da terapeuta, mesmo quando participava nas sessões de Terapia Ocupacional, progressivamente foi ocorrendo um afastamento que passava pela saída da Psicomotricista. Segundo Aragón (2011) nas sessões individuais, o psicomotricista apresenta uma maior disponibilidade para o utente, o que permite realizar um trabalho mais individualizado, a aliança terapêutica também se encontra mais forte. No entanto, segundo o autor, ocorre o risco de uma dependência excessiva do indivíduo à aliança terapêutica.

Após a intervenção psicomotora a utente CS demonstrou ter uma maior disponibilidade tónica, assim como, uma maior disponibilidade na relação terapêutica. A utente começou a apresentar uma maior expressividade facial, mais confiança, uma postura mais empática e uma atitude menos defensiva. O que pode ter resultado da atitude do terapeuta que se sustentou na empatia em que há a procura da compreensão mútua dos afetos e emoções, da simpatia em que se fomenta a afinidade e partilha de afetos, a sintonia afetiva em que ocorre um ajuste e encontro afetivo que procura melhorar a regulação das emoções, a capacidade de ser responsivo em que há uma adequação das respostas conforme o contexto, a capacidade de ser amoral e não realizar julgamentos, a atitude heurística que se baseia em incentivar o indivíduo a desempenhar as suas

competências e para finalizar, a capacidade de não medir conhecimentos com o utente (Costa, 2015).

Para além das melhorias ao nível da capacidade de interação com a Psicomotricista, destaca-se uma maior consciência das sensações propriocetivas e dos estados de contração e descontração. Diversas patologias como a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a Anorexia apresentam dificuldades ao nível da noção do corpo e também do domínio emocional, neste caso, é essencial que o psicomotricista durante a prática psicomotora incorpore a relaxação assim como os seus objetivos correspondentes. A maior parte das técnicas de relaxação utilizadas permitem e esperam que o indivíduo obtenha consciência e distinção da realidade exterior e interior com objetivo de que o indivíduo seja capaz de distinguir o seu corpo do corpo do outro, e também acerca das emoções e das sensações vividas, o que faz com que haja uma individualização do paciente. Segundo Maximiano (2004), a relaxação permite ao indivíduo a consciencialização da função tónica mas para que tal ocorra é necessário que se tenha a capacidade de disponibilizar o corpo num estado de passividade e entrega de confiança sem expressão motora para que ocorra um diálogo consigo mesmo.

CS apresentou um aumento da capacidade de verbalização de sentimentos, emoções, situações de vida e do quotidiano, tanto em sessões individuais como em grupo. A disponibilidade e confiança da utente no espaço terapêutico poderão ter contribuído para uma melhor capacidade de se exprimir. Segundo Maximiano (2004) a relação terapêutica é uma relação que envolve a partilha, onde existe a observação por parte do terapeuta e a medição das flutuações tónicas do utente, promovendo um ambiente descontraído, tranquilo, calmo e securizante. Realça também, que é necessário que o indivíduo consiga no espaço terapêutico vivenciar os seus estados emocionais sem limites ou obstáculos com o intuito de sentir o espaço como seu.

A intervenção em grupo ajudou ao desenvolvimento das competências sociais da utente, maior capacidade de regulação de comportamentos, aumento da capacidade de partilha de sentimentos e emoções, e também, de ressaltar que começou a ter uma maior capacidade de respeito o outro. De acordo com Onofre (2006), as intervenções em grupo promovem aos indivíduos uma maior responsabilidade das suas escolhas e aprendizagens, o que permite que ocorra o desenvolvimento de capacidades como o espírito de entreatajuda, cooperação para objetivos comuns, momentos de partilha, desenvolvimento da interação e criação de regras e rotinas. As sessões em grupo, também, favorecem a comunicação e uma maior espontaneidade porque uma menor

observação por parte da terapeuta, sendo que, existe um sentimento de apoio pelo outro e a transposição das situações vivenciadas (Aragón, 2011).

Foi notória uma melhoria relativamente ao tempo de atenção sustentada durante a tarefa, apesar de segundo Correia (2014), nos indivíduos que apresentam uma ansiedade continua possuem alterações ao nível da atenção como a distratibilidade.

No decorrer das atividades, verificou-se um aumento do envolvimento corporal, uma maior capacidade de se expressar através do corpo. A utente apresentou preferência por atividades em que o movimento fosse excessivo, como um modo de descarregar as energias conseguindo em seguida, adequar os seus comportamentos na sua habitação.

Ao longo das sessões, a utente demonstrou-se mais assertiva e com capacidade de argumentação. Demonstrando uma maior capacidade de autocontrolo e regulação do comportamento.

## 6 – ESTUDO DE CASO 2

Neste capítulo vai ser apresentado o primeiro dos estudos de caso em contexto ambulatorio no Hospital de Dia. O caso será apresentado, com base na sua história clínica e pessoal do indivíduo. De seguida, serão apresentados os seguintes pontos: avaliação inicial com base nos instrumentos anteriormente referidos, elementos critério, hipóteses explicativas, perfil intra individual com os respetivos objetivos, projeto pedagógico-terapêutico, progressão terapêutica e avaliação final, e por fim, discussão em que ocorre uma apreciação global do caso.

### 6.1 – IDENTIFICAÇÃO

Utente J
<b>Idade:</b> 58 anos
<b>Diagnóstico:</b> Depressão Major; Personalidade Histriónica

A utente J tem 58 anos, reside em Évora, é divorciada e mora sozinha. Na sua infância tinha uma relação conflituosa com os pais, principalmente com o pai com quem o diálogo era escasso. Tem dois irmãos com que na atualidade não mantém o contacto. Sofreu uma tentativa de violação por parte de um dos irmãos, o que causou o distanciamento. Na infância desde cedo que começou a trabalhar no campo.

Casou com o seu primeiro namorado, no entanto, refere que não existia qualquer tipo de sentimento, mas que apenas o fez porque queria sair da sua habitação, e era o modo mais fácil. A relação com o companheiro era distante. Engravidou duas vezes, de um rapaz e de uma rapariga, sobre quem refere nunca ter sido suficientemente carinhosa e que não tinha empatia nem carinho pelos mesmos.

Divorciou-se, por decisão própria, contudo a decisão não foi aceite de forma positiva pelos seus filhos, o que levou a um afastamento ainda mais acentuado. Neste momento, o contacto é realizado através de telefonemas com a filha, e com o filho frequenta a sua habitação uma vez por semana.

Relata sentir-se triste desde que se lembra, que não se sentia confiante nem confortável em nenhuma situação da sua vida, mas realizava a sua vida de forma independente. Trabalhava na área das limpezas no hospital e, quando os sintomas da patologia se acentuaram apresentou a reforma.

Não apresenta habitação própria devido às dificuldades económicas, neste momento, encontra-se em transição para outra habitação. Demonstra medo de realizar todas as atividades domésticas e pessoais, referindo diversas vezes que não consegue. É uma doente pouco independente, que se sente confortável quando realizam as atividades por si.

A utente é acompanhada na Psiquiatria em que foi lhe dado o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major e uma Perturbação ao nível da Personalidade, Perturbação Histriónica. Frequenta o Hospital de Dia, concilia também com as atividades em associações, piscina e consultas externas de Psicologia.

O último episódio que a fez recorrer às urgências, foi um ataque de pânico, referindo ter medo de estar em casa sozinha, tratar da sua alimentação, ter medo de ir às compras e com um mau estar generalizado. Recentemente, ocorreu uma troca de medicação visto que a doente se dirigiu a outro especialista, o que fez com que ocorresse novamente uma maior evidência dos sintomas.

## 6.2 – AVALIAÇÃO INICIAL

### 6.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO INFORMAL (ADAPTADA)

De acordo com Correia (2014), existem diversas características que são comuns nas Perturbações Psiquiátricas, que fundamentam os critérios diagnósticos. A observação informal foi construída com base na semiologia descritiva de Correia (2014).

No que diz respeito à consciência, a J apresentou uma alteração quantitativa, como a sonolência em que existe uma lentificação psicomotora, diminuição dos reflexos e do tónus muscular, porém, caso não fosse estimulada não tinha tendência a adormecer. Ao nível da atenção, foi notória uma hipoprosexia, que se descreve por uma instabilidade e mobilidade acentuada da atenção reduzida. Na orientação, não apresentou qualquer tipo de alteração. Relativamente à perceção, não foram verificadas alterações significativas. A utente apresenta uma ligeira distorção ao nível sensorial no que diz respeito à intensidade, visto que apresenta hiperestesia, quando a intensidade da perceção está alterada e desse modo é incomodativo quando o som ultrapassa o limiar. No discurso e na linguagem, a utente J apresentou alterações ao nível do débito ou do ritmo, como a bradifemia que se caracteriza por uma fala lentificada, com grandes pausas e hesitação em iniciar uma resposta e, também, aprosodia, que é quando o discurso não apresenta entoação afetiva. No que diz respeito ao pensamento, existe uma alteração ao nível do



ritmo, o pensamento encontra-se inibido e desse modo existe uma inibição ao nível do raciocínio em que a doente apresenta resistências ao fluxo do pensamento lento, hesitante e regular que provoca dificuldade em pensar e tomar decisões. Na vivência do eu, as alterações verificadas são ao nível da consciência da existência e atividades do eu, e na perda da ressonância emocional. Relativamente ao humor, emoções e afetos, verificaram-se alterações hipotímicas, como o humor depressivo que se caracteriza por um estado de tristeza perante um estímulo com uma duração e intensidade desproporcionadas, assim como uma visão negativa de tudo o que a envolve. Nas alterações da expressão afetiva e emocional, foi observado uma anedonia, que se descreve pela incapacidade para experimentar prazer. Na vontade e impulsividade e comportamentos agressivos, observaram-se alterações quantitativas da vontade, uma abulia de execução em que há a perda de vontade mesmo que exista o desejo, não está presente a energia para o realiza. Nas alterações quantitativas dos movimentos espontâneos apresentou uma redução dos movimentos expressivos em que está presente uma mímica facial pobre e inibição psicomotora. No que diz respeito à vida instintiva existe uma alteração do sono, a insónia em que há a dificuldade de adormecer e o despertar a meio da noite sem conseguir retomar o sono. Por fim, a doente apresentava um insight presente da doença, em que há a consciência e conhecimento da mesma.

#### 6.2.2 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA

A utente J foi avaliada em contexto clínico individualizado, no dia 21 de Março. A BPM não foi aplicada na íntegra, tendo sido seleccionados apenas alguns itens considerados relevantes. Resultados da avaliação pela BPM encontram-se na tabela 11.

Tabela 11. Resultados iniciais da BPM – Utente J

<u>Tonicidade</u>	Passividade	4
	Paratonias	3
	Diadococinesias	3
	Sincinésias	3
<u>Equilibração</u>	Imobilidade	4
	Equilíbrio Estático	3
<u>Lateralização</u>	Ocular	E
	Auditiva	E
	Manual	D
	Pedal	D
<u>Noção do Corpo</u>	Sentido Sinestésico	3
	Reconhecimento Direita-Esquerda	3
	Auto-imagem	4
	Desenho do Corpo	3
<u>Estruturação Espaço- Temporal</u>	Organização	2
	Estruturação Dinâmica	1
	Representação Topográfica	3
	Estruturação Rítmica	1
<u>Praxia Global</u>	Dissociação MS	2
	Dissociação MI	3
	Dissociação Agilidade	3
<u>Praxia Fina</u>	Coordenação Visual Dinâmica	1
	Tamborilar	4

A utente J revelou hipotonicidade tanto nos membros superiores como inferiores, sem resistência ao abandono dos membros. Foram observadas tensões ao nível da coxa e do joelho que podem ser justificadas pelo desconforto do contacto da terapeuta. Na prova de sincinésias apresentou movimentos parasitas bucais e tensão facial.

J conseguiu manter a postura quando pedido na prova de imobilidade sem dificuldade em permanecer de olhos fechados o que nos encaminha para o conforto para o meio envolvente e a terapeuta. Quando pedida a realização da prova de equilíbrio estático foram apresentadas várias recolocações das mãos nos quadris.

No que diz respeito à lateralização foram aplicadas a prova ocular, auditiva, manual e pedal. A lateralidade manual e pedal são direita e a ocular e auditiva, esquerda.

A utente não apresentou dificuldade em identificar as partes do corpo, apresentou hiperremotividade no decorrer da prova. Distingui a direita e esquerda em si, mas

apresentou dificuldade em identificar no outro. Quando pedido para realizar a prova de auto-imagem apresentou um movimento lento e controlado. Na prova de desenho do corpo, a utente desenhos uma fase com todos os pormenores e com o cabelo curto como o seu, o pescoço encontra-se um pouco maior mas não com uma desproporção significativa, os ombros não apresentam uma curvatura são retos, os braços apresentam o mesmo tamanho e algumas extremidades que possivelmente representam os dedos, as pernas têm uma pequena diferença de tamanho e terminam com sapatos em salto alto como a utente utiliza.

J apresentou uma qualidade e ritmo de marcha adequado na prova de topografia, mas dificuldade quanto à sequencialização visuoespacial. Apresentou dificuldade em lidar com a frustração tendo recorrido ao choro. Apresentou dificuldades ao nível da memória, e integração temporal rítmica desajustada.

Ao nível da praxia global, revelou um planeamento motor desadequado com lentificação psicomotora.

Na praxia fina, movimentos com pouco controlo, com tremores e com a presença de movimentos parasitas a nível bucal. Apresentou facilidade na prova de tamborilar.

Em síntese, a utente apresenta um perfil hipotónico. Revela uma lentificação psicomotora que provoca alteração ao nível da expressão corpora e facial, do discurso, das praxis global e fina e da formulação de ideias.

### 6.2.3 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

De acordo com a classificação do Mini Mental State Examination, a utente J apresentou um resultado final de 25 em 30 pontos. A utente apresentou valores elevados na orientação e na atenção e cálculo, o valor mais inferior foi na habilidade construtiva como pode ser visto no gráfico 3.

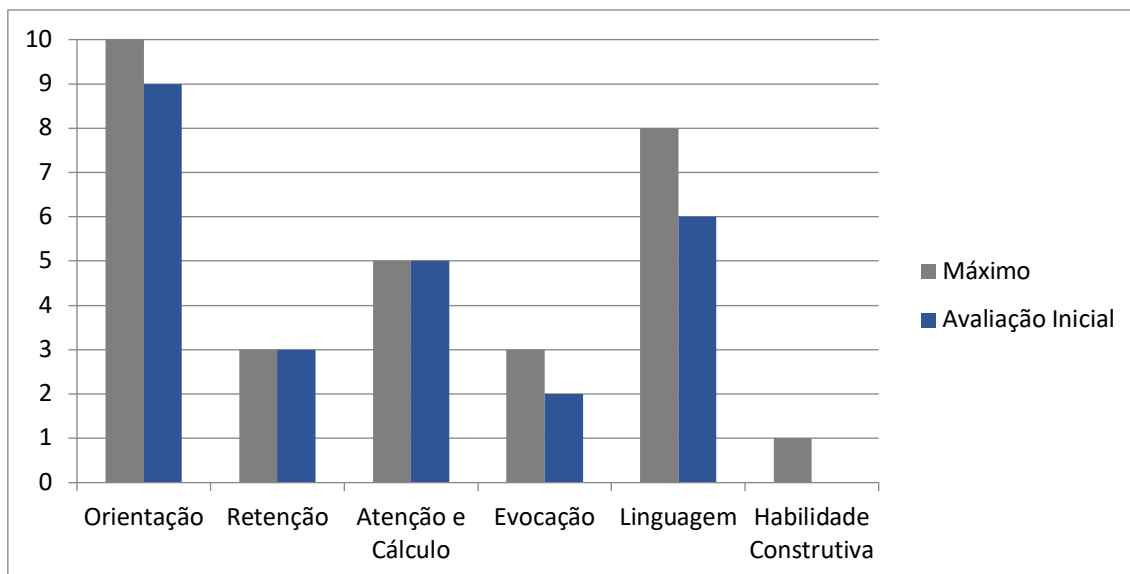


Gráfico 3. Resultado Inicial do MME – Utente J

Os 25 pontos obtidos ao relacionar com o nível de escolaridade revelam que a utente apresenta uma média a alta escolaridade. Não foram verificadas alterações ao nível cognitivo. A dificuldade existente na habilidade construtiva pode se ter devido aos problemas de visão, realizou a cópia com mais de dois lados intersectados.

#### 6.2.4 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN

A Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) foi aplicada no decorrer das atividades em grupo em movimento. Os resultados são apresentados na tabela 12.

Tabela 12. Resultado da Escala Observação de Louvain – Utente J

<b>Relações Emocionais</b>	Ligeiramente Sub – Relacionado: -2
<b>Autoconfiança</b>	Excessivamente Sem Autoconfiança: -3
<b>Atividade</b>	Passivo: -2
<b>Relaxação</b>	Sobre-Relaxado: -2
<b>Controlo do movimento</b>	Movimentos Controlados: +1
<b>Atenção Focalizada</b>	Envolvido Adequadamente: 0
<b>Expressividade do Movimento</b>	Apático: -2
<b>Comunicação Verbal</b>	Não Comunicativo: -2
<b>Regulação Social</b>	Regulação Social Apropriada: 0

A utente J ao nível das relações emocionais revelou ser ligeiramente sub-relacionada visto que não estabelece o contacto com o outro, tenta refugiar-se sozinha e não demonstra interesse na aproximação dos colegas. Quanto à terapeuta apesar de não ter iniciativa apresenta interesse na aproximação. Na autoconfiança, a utente foi descrita como excessivamente sem autoconfiança, não apresenta iniciativa e tem sempre o outro como modelo para as suas ações, pede permissão sempre que realiza alguma atividade e quando fica frustrada chora facilmente e acaba por desistir referindo que não consegue. Na atividade, adota a posição passiva, movimenta-se pouco e necessita de forma constante de atenção e incentivo. Na relaxação, considera-se a utente sobre-relaxada, desloca-se com os ombros pendurados, a cabeça para a frente e uma tensão muscular diminuída com o arrastamento dos pés associado. Relativamente ao controlo do movimento, apresenta os movimentos controlados, no entanto, quando concentrada no movimento apresenta um controlo excessivo. Na atenção focalizada, define-se como envolvida adequadamente, apesar de não permanecer muito tempo focada. Na expressividade do movimento, está presente a apatia, em que as suas expressões faciais permanecem iguais assim como a sua postura. Na comunicação verbal, a utente é caracterizada como não comunicativa, visto que não se expressa de forma verbal e quando solicitada apenas responde de forma simples e num tom pouco audível. Por fim, regulação social encontra-se apropriada apresentando capacidade de respeitar acordos, regras de comportamento e jogo.

#### 6.2.5 – ESQUEMA DE TENSÕES

A utente J apresentou elevada dificuldade em realizar a tarefa. Apresentou dificuldade em distinguir as zonas de maior tensão, sendo que identificou todo o corpo com a cor vermelha. Afirmando que a tensão era generalizada, e que apresentava um mau estar geral.

#### 6.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO

Após a observação e a avaliação realizadas à utente J, foi possível destacar alguns aspetos relevantes que permitem caracterizar a utente, sendo eles:

- Hipotonicidade
- Baixa auto-estima
- Dificuldade em lidar com a frustração
- Ansiedade

- Choro compulsivo
- Personalidade Histriónica
- Boa relação com a terapeuta
- Dependência excessiva do outro
- Pouca iniciativa
- Pouco sociável

#### 6.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS

As hipóteses explicativas foram estabelecidas com base na recolha de informação do processo médico, através da observação informal, Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) e Minimal State Examination. Ao estabelecer uma relação com a literatura sobre o diagnóstico da utente, existe uma melhor compreensão do caso e adequação da intervenção.

Existem diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão, como a predisposição biológica para a doença, os aspetos temperamentais, os estilos parentais, o tipo de vinculação e os acontecimentos externos traumáticos na infância (Campos, 2012).

A utente J apresenta dificuldades ao nível da relação com o outro, pouco interesse em estabelecer o diálogo e um tom de voz desadequado. Quando ocorre o diálogo foca-se principalmente nela e no seu sofrimento, o que faz com que o outro se afaste. Segundo Gleitman, Fridlund e Reisberg (2014) a depressão é caracterizada como um profundo desânimo, em que há uma perda do interesse total pelo outro e o sentimento de ser inútil. O autor refere ainda, que o doente tem a tendência apenas a estabelecer o diálogo quando é abordado e que responde com base em pequenas palavras sem a construção de frases, num tom baixo, que todos os assuntos abordam a pouca esperança que apresenta na vida e o seu sentimento de culpa.

De acordo com a informação recolhida, durante a infância a utente não apresentou uma relação próxima com a figura maternal, que era necessário chamar a atenção constantemente para obter resposta da mesma. E segundo Campos (202) quando a figura maternal adota uma posição de negligência, uma atitude inconsciente o estilo de vinculação associado será inseguro ansioso, o que desenvolve uma vulnerabilidade interpessoal que se baseia na dependência, labilidade afetiva, preocupação com as

relações e uso de defesa do tipo evitante. E como consequência, na vida adulta e em resultado na alteração da vulnerabilidade interpessoal, das experiências de perda, rejeição e o sentimento de não ter sido cuidado, pode ser desenvolvida uma depressão com os sentimentos de desamparo, solidão, tristeza, rejeição e a procura constante de um objeto substituto que possa proporcionar amor. O que vai de acordo com as características da utente, apresenta sentimentos negativos de forma constante, repetindo diversas vezes que se encontra sozinha e que não tem ninguém que a ajude.

Segundo Campos (2012), quando a figura materna do indivíduo deprimido esteve indisponível, a dependência e insegurança que a relação com a mãe provoca torna difícil à criança estabelecer uma relação interna da mãe como um objeto cuidador, sendo que é refletido nas relações futuras, provocando o sentimento de não serem amadas. Quando adultos deprimidos, existe a necessidade constante de procurar a disponibilidade do outro para cuidarem de si. Apresentam, segundo o autor, uma constante instabilidade nas relações afetivas por falta de segurança, inibindo ou negando a agressividade, tornando-se submissos pela extrema necessidade de serem cuidados. O que se verifica no caso da utente, que esteve casada mas nunca acreditou na relação porque não tinha a capacidade de acreditar nos próprios sentimentos e do outro. A relação manteve-se devido ao facto de não existir outro local para a utente se dirigir e desse modo acomodou-se a residir com o marido. Relacionando também com a Personalidade Histriónica, é também um fator que complica a continuidade das relações amorosas. Visto que segundo Perez, Rodríguez, Moreno, Ponte e Delgado (2014) refere que os indivíduos com personalidade histriónica apresentam uma instabilidade ao nível das relações amorosas, sendo que apresenta a necessidade de permanecer com o outro mesmo que não sinta atracão visto que consegue obter a atenção que necessita.

A relação da criança com os pais apresenta um foco de destaque quando nos referimos aos indivíduos deprimidos, sendo que a principal razão dos indivíduos deprimidos é a experiência de privação afetiva (Campos, 2012).

O tipo de personalidade pode influenciar a predisposição do indivíduo para desenvolver uma perturbação depressiva (Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015). A intensidade e a gravidade da sintomatologia dependem da capacidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional adaptativas a experiências geradoras de stress (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013).

A utente J apesar de não apresentar facilidade em relacionar-se perante o grupo, quer que os outros tenham consciência da sua presença, utiliza várias vezes o choro para chamar a atenção. E segundo Perez, Rodríguez, Moreno, Ponte e Delgado (2014) o indivíduo com Personalidade Histriónica apresenta uma maior teatralidade quando perante um grupo, os comportamentos acentuam-se de modo a impressionar os outros visto que tem como objetivo que os restantes criem empatia com o seu sentimento.

Os indivíduos com Personalidade Histriónica apresentam a necessidade de estar com o outro, de dar a conhecer aos outros os seus sentimentos, e quando se encontram sozinhos existe um sentimento de vazio em que há a necessidade de procura do outro Perez, Rodríguez, Moreno, Ponte e Delgado (2014). A utente ao residir sozinha apresenta e descreve várias vezes o sentimento de vazio e solidão, para combater a mesma, diversas vezes são utilizadas chamadas de atenção por parte da utente, principalmente ataques de pânico, para fazer com que o outro se dirija até si e dê a atenção que necessita.

O histriónico procura de forma constante ajuda médica, para relatar os seus sentimentos e sintomas, caso exista um sentimento de desinteresse da parte do médico, procuram uma nova terapêutica justificando que a antiga medicação não faz efeito Perez, Rodríguez, Moreno, Ponte e Delgado (2014). O que prejudica a recuperação da utente, visto que muda de terapêutica em curtos espaços de tempo referindo que a medicação não faz efeito e necessita de ir ao médico.

#### 6.5 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Tabela 13. Perfil intra-individual da utente J

Áreas de Competência	Áreas de Necessidade
• Relação com a Terapeuta	• Tonicidade
• Respeito pelo outro	• Atenção
• Assertividade	• Expressividade
•	• Autocontrolo
•	• Auto-estima
•	• Socialização
•	• Comunicação Verbal
•	• Tolerância à frustração



Tabela 14. Perfil intra-individual da utente J: objetivos gerais e específicos

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Estimular as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de concentração e atenção</li> </ul>
Promover a linguagem verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a fluência no discurso</li> <li>• Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções</li> </ul>
<b>Domínio Relacional</b>	
Promover as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos</li> <li>• Aumentar a capacidade de se relacionar com o outro</li> <li>• Diminuir a apatia</li> </ul>
Desenvolver a capacidade de auto-regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição dos estados ansiosos</li> <li>• Promover o controlo dos estados emocionais</li> <li>• Promover a auto-estima</li> <li>• Aumentar a autoconfiança</li> <li>• Melhorar a relação com o outro</li> </ul>
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a consciência e limites corporais</li> <li>• Desenvolver a expressividade corporal</li> </ul>
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a diferença entre estado de tensão e descontração</li> <li>• Melhorar a capacidade de controlar a respiração</li> <li>• Aumentar a capacidade de regulação de ritmos internos</li> </ul>
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de planeamento</li> <li>• Aumentar a capacidade rítmica</li> </ul>

## 6.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

### 6.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Segundo André, Benavidès e Giromini (2004) a relaxação é uma técnica importante a utilizar no indivíduo deprimido porque vai lidar com a lentidão psicomotora e com o sentimento de corpo anestesiado. A relaxação vai permitir o preenchimento de um vazio interior e oferecer a possibilidade de verbalização, que com a progressão pode ser elaborada em representação.

Segundo Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), a intervenção em utentes com depressão, devem ser utilizadas várias estratégias que têm como objetivo uma alteração do comportamento, devem ser realizadas atividades que motivem o indivíduo e que obtenha interesse pelo movimento, incluindo os componentes emocionais, cognitivos e fisiológicos. As estratégias que devem ser utilizadas são diversas, como o promover experiências de sucesso ao indivíduo com o estabelecer de metas realistas e de forma individual tanto a curto como a longo prazo; utilizar a dinâmica de grupo para serem desenvolvidas estratégias através das experiências de modo indireto e o estabelecer um outro indivíduo no processo terapêutico; a atitude terapêutica deve transmitir aconchego e ser positiva, em que se dá importância às queixas psicossomáticas e por fim, que o indivíduo consiga por palavras descrever as experiências e os sentimentos.

Segundo Rohricht (2014), a intervenção com indivíduos com perturbações depressivas deve incluir: movimentos que promovam o aumento da percepção sensorial, técnicas expressivas de modo a aumentar a expressividade psicomotora dos pacientes assim como a capacidade de auto-regulação, tarefas que promovam as potencialidade e capacidade corporais para diminuir a auto-avaliação negativa do indivíduo, atividades que procurem trabalhar a expressão facial e linguagem corporal para desenvolver mais confiança em si e por fim, aumentar a consciencialização do esquema corporal e noção de ritmo.

A intervenção psicomotora com indivíduos deprimidos deve-se basear em maximizar as competências pelo reforço do eu, através de atividades expressivas e criativas. Devem-se aumentar as competências e qualidades da pessoa, procurar aumentar a auto-estima através da valorização pessoal, estimular a edificação de ideias, dar corpo às situações quando não existe a capacidade de iniciativa (Costa, 2008).

### 6.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

Durante a intervenção com a utente, foram utilizadas estratégias em todas as sessões, sendo elas:

- Estabelecer uma relação empática num ambiente seguro, sem julgamentos e de confiança
- Discutir a planificação das sessões na sessão
- Criar oportunidades de ter iniciativa
- Promover experiências de sucesso com o estabelecimento de metas realistas tanto a curto como a longo prazo
- Utilizar sessões em grupo
- Atitude terapêutica que dá importância às queixas psicossomáticas
- Reforço positivo

### 6.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES

Nas sessões individuais com a utente J foram realizadas atividades que promovessem a capacidade de tomar decisões e de iniciativa sobre si e sobre o outro. Por exemplo, cinco arcos dispostos no chão, cada um com um material diferente. Nesta atividade, a utente teria que decidir como a terapeuta ia utilizar o material dentro do arco, assim como decidir as suas próprias ações quando fosse realizar a atividade.

## 6.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA

### 6.7.1 – AVALIAÇÃO INICIAL VS. FINAL

#### 6.7.1.1 – BATERIA PSICOMOTORA DE VITOR DA FONSECA

A utente J foi avaliada em contexto clínico individualizado, no dia 9 de Julho. Resultados da avaliação pela BPM encontram-se na tabela 15.

Tabela 15. Comparação dos Resultados iniciais e finais da BPM – Utente J

<b>Avaliação</b>		<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
<u>Tonicidade</u>	Passividade	4	4
	Paratonias	3	3
	Diadococinesias	3	3
	Sincinésias	3	4
<u>Equilíbrio</u>	Imobilidade	4	4
	Equilíbrio Estático	3	3
<u>Lateralização</u>	Ocular	E	E
	Auditiva	E	E
	Manual	D	D
	Pedal	D	D
<u>Noção do Corpo</u>	Sentido Sinestésico	3	4
	Reconhecimento Direita-Esquerda	3	4
	Auto-imagem	4	4
	Desenho do Corpo	3	4
<u>Estruturação Espaço-Temporal</u>	Organização	2	2
	Estruturação Dinâmica	1	1
	Representação Topográfica	3	3
	Estruturação Rítmica	1	1
<u>Praxia Global</u>	Dissociação MS	2	3
	Dissociação MI	3	3
	Dissociação Agilidade	3	3
<u>Praxia Fina</u>	Coordenação Visual Dinâmica	1	2
	Tamborilar	4	4

A utente J tal como na avaliação inicial revelou hipotonicidade tanto nos membros superiores e inferiores, sem resistência ao abandono dos membros. Não foram notadas tensões que se pode dever ao facto da relação terapêutica estar sedimentada. Apresentou movimentos parasitas bucais quando realizada a prova de sincinésias.

J conseguiu manter o equilíbrio como na avaliação inicial, sem dificuldade em permanecer de olhos fechados. Na prova de equilíbrio estático permanecerem as recolocações das mãos nos quadris mas com menos frequência do que na avaliação inicial.

No que diz respeito à lateralização foram aplicadas a prova ocular, auditiva, manual e pedal. A lateralidade manual e pedal são direita e a ocular e auditiva, esquerda.

A utente J não apresentou dificuldade em identificar as partes do copo, nem em distinguir a esquerda e direita em si e no outro. Na prova de auto-imagem apresentou um movimento lento e controlado. No desenho do corpo, em relação à avaliação inicial realizou um desenho em proporções maiores que ocupava a maior parte da folha. Apresentou um pescoço grande em relação ao resto do corpo, as extremidades do corpo apresentam-se mal representadas. O vestuário consistiu numa blusa e numa saia, como é habitual a utente usar. O corpo já apresentou formas e não foi desenhado de forma reta. Na face não estão presentes todos os elementos, os pormenores não foram apresentados. O cabelo foi desenhado conforme o da utente.

A utente J apresentou uma qualidade e ritmo de marcha adequados e manteve a dificuldade ao nível da sequencialização visuoespacial. A integração temporal rítmica manteve-se desajustada, revelando problemas ao nível da memória.

Ao nível da praxia global foram verificadas melhorias, no entanto, permanece com um planeamento motor desadequado com excesso de lentificação psicomotora.

Na praxia fina, continua queixa de tremores o que leva aos movimentos terem pouco controlo.

#### 6.7.1.2 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

De acordo com a classificação do Mini Mental State Examination, a utente J apresentou um resultado de 23 em 30 pontos na avaliação final. O gráfico 4 apresentado em seguida mostra a comparação entre os resultados iniciais e finais do instrumento

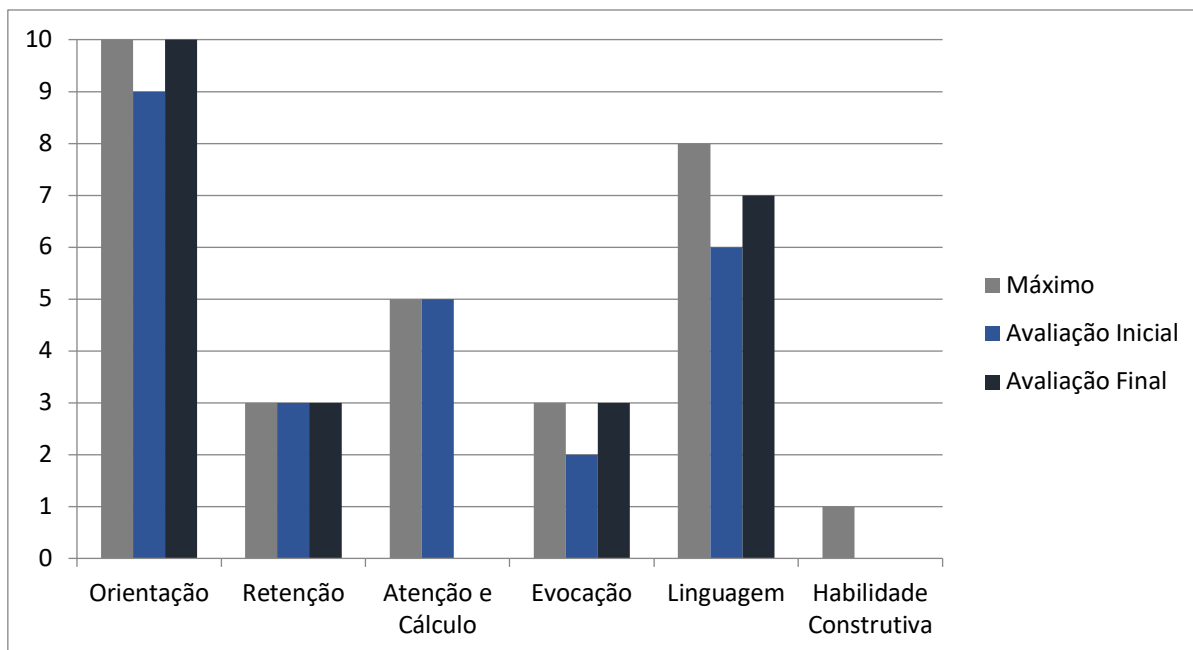


Gráfico 4. Resultados Iniciais e Finais do MM E – Utente J

A utente J diminuiu a pontuação em relação à avaliação inicial. Na orientação atingiu o valor máximo, mais um ponto que na avaliação inicial. Na evocação conseguiu aumentar também a pontuação em um ponto, assim como na linguagem. Na atenção e cálculo não conseguiu obter cotação. Na habilidade construtiva manteve-se sem pontuação, visto que na cópia, estavam mais do que dois lados interceptados. A diminuição da pontuação no instrumento, possivelmente, deveu-se à mudança de medicação o que fez com que a utente se encontra-se muito ansiosa, com pouca motivação e concentração.

#### 6.7.1.3 – ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN

A Escala de Observação de Louvain (Coppenole, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989) foi aplicada no decorrer das atividades em grupo em movimento. Os resultados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16. Comparação da avaliação inicial e final da Escala Observação de Louvain – Utente J

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Relações Emocionais</b>	Sub – Relacionado: -2	Ligeiramento Sub – Relacionado: -1
<b>Autoconfiança</b>	Excessivamente sem Autoconfiança: -3	Sem autoconfiança: -2
<b>Atividade</b>	Passivo: -2	Passivo: -2

<b>Relaxação</b>	Sobre-Relaxado: -2	Ligeiramente sobre-relaxado: -1
<b>Controlo do movimento</b>	Movimentos Controlados: +1	Movimentos controlados: +1
<b>Atenção Focalizada</b>	Envolvido Adequadamente: 0	Envolvido Adequadamente: 0
<b>Expressividade do Movimento</b>	Apático: -2	Ligeiramente apático: -1
<b>Comunicação Verbal</b>	Não Comunicativo: -2	Comunicativo: 0
<b>Regulação Social</b>	Regulação Social Apropriada: 0	Regulação Social Apropriada: 0

Relativamente às relações emocionais, após o período de intervenção a utente J passou de sub-relacionado para ligeiramente sub-relacionado. Existiu uma aproximação para com os colegas assim como um interesse nos mesmos. Relativamente à terapeuta, uma relação próxima e de forma adequada. Na autoconfiança, passou de excessivamente sem autoconfiança para sem autoconfiança. Apesar de continuar a apresentar pouca confiança em si, encarava as tarefas de um modo diferente e tentava dar-lhes continuidade até obter o sucesso. Relativamente á atividade, não existiu nenhuma alteração, permanecendo como passivo. Na relaxação, a avaliação passou de sobre-relaxado para ligeiramente sobre-relaxado, visto que apresentou uma maior consciência do seu corpo e um aumento da tensão muscular. No controlo do movimento e na atenção focalizada, permaneceu com a mesma avaliação, movimentos controlados e envolvido adequadamente, respetivamente. Na expressividade do movimento, foram vistas algumas evoluções, tendo passado de apático para ligeiramente apático, aumento da expressividade facial e uma maior expressividade corporal. Na comunicação verbal, passou para comunicativo, conseguia estabelecer a comunicação com os colegas de forma espontânea e com a terapeuta conseguiu fundamentar as respostas dadas: permaneceu o tom de voz baixo e pouco audível. Na regulação social não foram notadas alterações, permanecendo com a regulação social adequada.

#### 6.7.1.4 – ESQUEMA DE TENSÕES

Durante a realização da prova, a utente demonstrou uma maior capacidade de escuta e maior capacidade de identificar e reconhecer diferentes estados tónicos. Apesar da alteração da terapêutica, de se encontrar ansiosa, não demonstrou hesitação ao identificar as zonas. Conseguiu descrever os braços como zona de maior tensão (a

vermelho) que vai de acordo às queixas da utente, e o restante corpo como zona de uma tensão inferior (a amarelo).

#### 6.7.2 – DISCUSSÃO

A utente J foi acompanhada individualmente e em grupo com a Psicomotricista e realizou as atividades no período da tarde com a Terapeuta Ocupacional. No período da manhã a utente realizava atividades de voluntariado em instituições. O trabalho exercido pelos profissionais em conjunto procurava encontrar a intervenção mais adequada para a utente (Costa, 2008).

No decorrer da intervenção psicomotora a utente J começou a apresentar uma maior disponibilidade na relação terapêutica. Uma maior expressividade facial, que era transmitida a partir do sorriso. Apesar de permanecer com baixo auto-estima, referindo que não conseguia realizar as tarefas e que não se sentia bem, apresentava uma maior motivação para as sessões. De acordo com Costa (2018), é comum existir o sentimento de “não sei fazer” ou “não sou capaz” em indivíduos que apresentem a auto-estima baixa. O facto da utente apresentar também uma perturbação ao nível da personalidade, podemos encarar as queixas e a baixa auto-estima como chamadas de atenção, visto que é necessário para continuar a ser amparada, mesmo que se sinta melhor referente ao mau estar generalizado consequente da depressão. Segundo Godinho (2014), a personalidade Histriónica apresenta uma autodramatização, egocentrismo com o intuito de chamar a atenção do outro para que consiga receber elogios e aprovação.

Verificou-se uma maior consciência ao nível corporal por parte da utente e dos estados de descontração e contração. As sessões de relaxação decorriam de forma individual com a utente. É comum na Perturbação Depressiva os indivíduos apresentarem queixas somáticas que provocam sofrimento psíquico e influenciam o quotidiano do indivíduo (Correia, 2014). Além de que, o indivíduo com diagnóstico de personalidade Histriónica apresenta uma labilidade excessiva (Godinho, 2014) e procuram que o outro obtenha empatia com o seu sentimento para chamar a atenção. Desse modo foi difícil verificar o impacto na relaxação na utente visto que o discurso variava de forma constante variando consoante a necessidade de chamar a atenção.

A utente J apresentou uma resistência em relação ao grupo, procurou chamar a atenção com o choro continuamente, visto que não recebeu a atenção pretendida, frequentou as sessões poucas vezes. A intervenção em grupo, mesmo que a frequência tenha sido inferior ao esperado, desenvolveu à utente a capacidade de adequar os comportamentos



e a capacidade de se impor perante o outro quando não se realizava o que pretendia. Apesar da necessidade de estar perante um grupo para chamar a atenção (Abreu,2014), preferiu apenas partilhar os seus sentimentos e desejos como é desejado na intervenção psicomotora com a Psicomotricista em contexto individual. Sendo que as sessões individuais promovem segundo Maximiano (2004) uma relação terapêutica mais sustentada, em que o indivíduo sente o espaço como seu e desse modo não apresenta dificuldade em partilhar os sentimentos e emoções.

Verificou-se uma melhoria ao nível dos sintomas depressivos da utente, a expressão facial, a expressão corporal e a capacidade de estabelecer o diálogo ao longo da intervenção psicomotora. Porém, a necessidade de recorrer ao médico para mudança de medicação fez com que existisse uma alteração no seu estado, devido à adaptação à nova terapêutica. Começou a apresentar um humor mais deprimido, isolamento social e pouco interesse nas atividades, o que poderá ter influenciado as avaliações finais.

## **7 – CONCLUSÃO**

No ponto de vista da estagiária, o estágio curricular de mestrado é uma experiência que proporciona não só o crescimento a nível profissional teórico e prático, como um enriquecimento a nível pessoal. O facto de existir uma equipa multidisciplinar permite ao estagiário obter diversos pontos de vistas diferentes que faz com que exista uma melhor assimilação de vários conteúdos teóricos, que podem ser aplicados na prática de forma pertinente.

Uma das principais dificuldades sentidas foi a inexperiência quanto à população no âmbito da saúde mental. Outra dificuldade foi a reduzida bibliografia referente quanto à Psicomotricidade e a saúde mental, sendo necessário recorrer a outras áreas específicas para sustentar a intervenção psicomotora. A inexistência de um instrumento validado que avalie o perfil psicomotor do adulto também dificultou, sendo necessário recorrer a instrumentos para crianças e realizar assim uma relação com a população alvo.

Penso que foi gratificante para a estagiária e para a Psicomotricidade, a apresentação desenvolvida para toda a equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde mental. Foi importante dar conhecimento aos outros profissionais da profissão e da pertinência da mesma numa equipa de saúde mental.

A relação com a população e a equipa foi adquirida facilmente. Ao longo do tempo e da prática foram desenvolvidas estratégias para lidar com os utentes diariamente. Existiu a dificuldade de separar os assuntos de trabalho com a vida pessoal, transportando os problemas dos doentes depois do horário de trabalho.

No que diz respeito ao estágio no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, os objetivos definidos foram cumpridos. Ao longo do tempo de estágio foram sedimentados conhecimentos e metodologias em Psicomotricidades, assim como a capacidade de estruturar e planear sessões de modo mais eficaz.

O enquadramento teórico apresentado serviu para que a estagiária conseguisse aprofundar os seus conhecimentos e pensasse o modo mais eficaz de realizar a sua intervenção segundo as características, porém, sem esquecer que a intervenção psicomotora deve ir de encontro às características do indivíduo e não apresentar apenas o foco no diagnóstico associado.

As sessões no internamento foram mais desafiantes, visto que os utentes se apresentavam em picos agudos o que provocava diversas alterações no comportamento. Por vezes era difícil conseguir gerir o grupo, visto que existia a tendência de imitar o outro, e os comportamentos por vezes eram muito desadequados. Ainda no internamento, as sessões individuais exigiram bastante de mim, não existiriam dificuldades ao nível da relação mas sim, em conseguir que o indivíduo realiza-se as tarefas.

No grupo de hospital de dia, apesar de desafiante, eram os indivíduos com quem se estabelecia mais contacto e devido a isso a relação terapêutica estava bem sedimentada. Uma das dificuldades foi elaborar atividades que todo o grupo beneficiasse visto que as patologias eram diversas.

O estágio curricular no Hospital do Espírito Santo correspondeu e superou as expectativas da estagiária enriquecendo-a a nível profissional e pessoal. O contacto com uma população diferente permitiu uma reflexão diária e uma constante adaptação às situações. O facto do ambiente da equipa ser bastante coesa favoreceu o sucesso do estágio e realçou a importância do trabalho em equipa em prol do bem estar e recuperação do outro.

A nível pessoal, existiu um grande crescimento por parte da estagiária, uma maior capacidade para enfrentar obstáculos, para desenvolver estratégias específicas para cada

indivíduo, assim como, a capacidade para lidar com os problemas do outro e apresentar uma maior consciência da realidade. A nível profissional, a estagiária aprendeu de forma eficaz a conduzir grupos terapêuticos, a ajustar os planos terapêuticos de forma mais eficaz consoantes a patologia e as características do indivíduo e também, a trabalhar numa instituição de grandes dimensões e trabalhar em equipa.

## **8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491-499. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)

Airagnes, G., Lemogne, C., Consoli, S. M., Schuster, J.-P., Zins, M., & Limosin, F. (2015). Personality Moderates the Improvement of Depressive Symptoms After Retirement: Evidence from the GAZEL Cohort. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), pp. 941-949. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.12.004>

Albaret, J. (2011). Le corps et ses représentations. In P. Scialom, F. Giromini & J. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 103-129). Paris: De Boeck-Solal.

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

Almeida, J., Xavier, M. (2010) Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 56(3B), 605-12.

Almeida, S. B., Cardoso, L. R. D., & Costac, V. V. (2009). Bullying: conhecimento e prática pedagógica no ambiente escolar. *Psicologia argumento*, 27(58).

- Alves, Fátima. (2001). *Acção Social na área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition DSM-V*. London: American Psychiatric Publishing
- André, P., Benavidès, T. & Giromini, F. (2004). *Corps & psychiatrie*. Paris: Heures de France
- Aragão, C. (2005). *Arteterapia na valorização da auto-estima*
- Argyle, M. (1986). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Penguin Books
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2012). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais. Brochura Profissional*
- Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional (sd.), visto em 20 de Julho de 2018: <http://www.ap-to.pt/>
- Blomdahl, C., Gunnarsson, B., Guregård, S., & Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*; pp: 322-330. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.009>
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 39(3), 340-348.
- Bouça, D. (2014). Doenças do Comportamento Alimentar. In Figueira, M., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel: Lisboa; pp 239-259
- Branco, M. (2010). *João dos Santos – Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre a Psicopatologia e Diagnóstico Psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi Editores
- Canale, A., & Furlan, M. M. D. P. (2013). Depressão. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, 11(1), 23-31.
- Cassol, M., Reppold, C. T., Ferrão, Y., Gurgel, L. G., & Almada, C. P. (2010). Analysis of vocal characteristics and psychological aspects in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 15(4), 491-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000400004>

Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: ciência e profissão*, 17(2), 2-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931997000200002>

Chaves, M. L. F. (2006). Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental. Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN– Biênio, 2008.

Correia, D. (2014). Manual de Psicopatologia. Lidel: Lisboa

Correia, D. (2014). Perturbações da Sintomas Somáticos e Outras Perturbações Relacionada. In Figueira, M, Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel:Lisboa; pp263-283

Correia, T. (2014). Perturbações do Humor na Infância In Monteiro, P. “*Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*”; pp. 305-319. Lisboa: LIDEL

Costa, J. (2008). “Um olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional”. Lisboa: Trilhos Editora

Costa, J. (2015). Intervenção Psicomotora de âmbito clínico. In Fernandes, J. & Filho, P. (2015). Atualidades da Prática Psicomotora. Wak Editora: Rio de Janeiro; pp139-161

Damas, S. G. R. (2017). *Na interação de casal: Relação entre os estilos de vinculação do adulto, os esquemas precoces desadaptativos e as relações interpessoais* (Doctoral dissertation ISPA).

Decreto-Lei nº 35/99. (5 de Fevereiro de 1999). Diário da República nº30/99 - I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº304/09. (22 de Outubro de 2009). Diário da República nº 205/09 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei nº8/10. (28 de Janeiro de 2010). Diário da República nº19/10 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 06-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>

Fernandes, J. A. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In Fernandes, J. A. & Filho, P. G. (org); “Atualidades da prática psicomotora”; 19-26. Rio de Janeiro: Wak Editor

- Fernandes, J. A. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In Fernandes, J. A. & Filho, P. G. (org); “Atualidades da prática psicomotora”; 19-26. Rio de Janeiro: Wak Editora
- Fleitlich, B. W., Larino, M. A., Cobelo, A., & Cordás, T. A. (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 323-329.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. (3ª Edição). Âncora Editora. Lisboa
- Franco, A. C., & Campos, R. C. (2010). Representações parentais e traços desadaptativos de personalidade: um estudo com uma amostra não-clínica de adultos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 3879-3890.
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2014). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Godinho, P. (2014). Perturbações da Personalidade. In Figueira, M, Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel:Lisboa; pp197-212
- Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994;1(9):9-10.
- Hankin, B. L. (2015). Depression from childhood through adolescence: Risk mechanisms across multiple systems and levels of analysis. *Current opinion in psychology*, 4, 13-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.003>
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2010). Diagnóstico, epidemiologia e curso clínico dos transtornos da alimentação. *Jager, J, Powers OS. Manual clínico de transtornos da alimentação. Porto Alegre: Artmed*, 19-47.
- LEITÃO, A., Lombo, C., & Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 21-24.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719.
- Maltez, J., & Barandas, R. (2014). Perturbação Obsessivo-Compulsiva. In Figueira, M., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel: Lisboa; pp 123-146
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.7646>

- Mastrascusa, C. e Franch, N. (2016). *Corpo em Movimento, Corpo em Relação: Psicomotricidade Relacional no Ambiente Educativo*. Evangraf: Porto Alegre
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2005). Imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76.
- MOTA, M. M. P. E. (2008). Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas.
- Onofre, P. S. (2006). *A Criança... e a sua Psicomotricidade...* Trilhos Editora.
- Pérez Pérez, E., González Rodríguez, A., Moreno Pérez, A., Ponte Velón, N., & Delgado Criado, M. (1997). Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria.*, 17(62), 223-236.
- Ponsin, F. R. (2002). L'élaboration de l'unité corporelle en relaxation. *Enfances & Psy*, (4), 96-101. DOI: 10.3917/ep.020.0096
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. In *Occupational Therapy* (pp. 25-48). InTech open science; Zagreb.
- Probst, M., & Van de Vliet, P. (2003). La thérapie psychomotrice appliquée aux patients psychiatriques adultes dans une perspective flamande. *Bul Eur Activ Phys Adapt*, 2, 1-18.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1), 105-113.
- Queirós, O. (2014). Perturbações do Humor na Adolescência In Monteiro, P. "*Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*"; pp. 321-338. Lisboa: LIDEL
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (3), 57-76.
- Röhrich, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. DOI: <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.962093>

Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling?; *Development and psychopathology*; Crambridge University Press; pp. 1201-1213. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579413000564>

Schmidt, E., & Mata, G. F. D. (2008). Anorexia nervosa: a review. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 387-400.

Schrijvers, D., Hulstijn, W., & Sabbe, B. G. (2008). Psychomotor symptoms in depression: a diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *Journal of affective disorders*, 109(1), 1-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.019>

Torres, A. R., & Smaira, S. I. (2001). *Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 6-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600003>

Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145-153.

Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145-153.

World Health Organization [OMS]. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization. Obtido de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)

Yoon, K. L., Maltby, J., & Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotion regulation. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26 (5), pp. 558-572. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.734810>



## 9 – ANEXOS

## Anexo A – Utente CS

### Anexo A.1 – Exemplo de Planeamentos

<b>Utente:</b> CS	
<b>Data:</b> 23 de Abril de 2018	
<b>Sessão n°3</b>	<b>Duração:</b> 45 minutos

<b>Atividades</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Materiais</b>	<b>Tempo</b>
<u>Ritual de Entrada</u>	Diálogo inicial – A terapeuta explica à utente o objetivo da sessão e que atividades vão ser realizadas. Estabelece um breve diálogo sobre como a utente se sente.	- Estimular a comunicação verbal	-	10 min
<u>As emoções e o corpo</u>	Breve diálogo com a utente sobre o que eram as emoções. A utente terá que expressar com o corpo as várias emoções que conhece e referir como se sente.	- Desenvolver a expressão individual - Aumentar a consciência dos estados emocionais - Desenvolver a criatividade e expressividade corporal	-	15 min
<u>As emoções e eu</u>	A utente numa ficha terá que descrever que ações pratica quando sente determinada emoção.	- Aumentar a capacidade de concentração e atenção -Aumentar a capacidade de escrita -Aumentar a capacidade de partilha de emoções	-	7 min

		-Aumentar a consciência dos estados emocionais		
<u>As emoções e a plasticina</u>	As emoções terão que ser representadas na plasticina do modo que a utente quiser.	Desenvolver a criatividade e imaginação  - Desenvolver a expressão individual  - Aumentar a consciência dos estados emocionais	Plasticina	7 min
<u>Ritual de Saída</u>	Diálogo final – Breve conversa sobre o que aconteceu na sessão, o que a utente gostou mais e menos, e onde sentiu que tinha mais dificuldade.	- Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos  - Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções	-	6 min

<b>Utente:</b> CS	
<b>Data:</b> 16 de Maio de 2018	
<b>Sessão nº7</b>	<b>Duração:</b> 45 minutos

<b>Atividades</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Materiais</b>	<b>Tempo</b>
<u>Ritual de Entrada</u>	Diálogo inicial – A terapeuta explica à utente o objectivo da sessão e que atividades vão ser realizadas. Estabelece um breve diálogo sobre como a utente se sente.	- Estimular a comunicação verbal	-	5 min
<u>Escrever o nome no ar</u>	A utente terá que escrever o seu nome com as várias partes do corpo no ar. A terapeuta faz a atividade ao mesmo tempo, indicando a parte do corpo a utilizar	- Aumentar a capacidade de imaginação - Desenvolver a expressão individual -Aumentar a consciência a limites corporais - Melhorar a capacidade de se organizar no espaço	-	15 min
<u>Arco e bola</u>	A utente terá colocados arcos ao longo da sala com distâncias diferentes, com o objetivo de colocar as diferentes bolas dentro dos arco.	- Melhorar a capacidade de planeamento -Promover a auto-estima	Arcos Bolas	10 min
<u>Ritmo com a bola</u>	A utente e a terapeuta irão estar sentadas no chão com uma bola na mão, e serão executados diversos ritmos	- Desenvolver a criatividade -Desenvolver a expressão	Bola	10 min

	com a bola no chão à vontade de cada uma.	individual - Aumentar a capacidade rítmica		
<u>Ritual de Saída</u>	Diálogo final – Breve conversa sobre o que aconteceu na sessão, o que a utente gostou mais e menos, e onde sentiu que tinha mais dificuldade.	- Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos - Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções	-	5 min

## **Anexo A – Utente CS**

### **Anexo A.2 – Exemplo de Relatórios**

#### **Sessão nº 3 – 23 de Abril**

No dia 23 de Abril realizou-se a sessão individual de psicomotricidade com a utente C. Encontrava-se agitada e ansiosa, com alterações ao nível do comportamento e com efeitos secundários dos medicamentos a nível dos olhos, o que fazia com que estivesse menos concentrada.

No diálogo inicial questionei a utente como se sentia, referiu que não estava bem e que estava ansiosa por causa da ausência da sua filha e desconhecimento de onde se encontrava, ao questionar como tinha decorrido o fim-de-semana, apresentou a ideia que esteve calma e que não tinha discutido com a progenitora.

As atividades que foram realizadas centravam-se em trabalhar as emoções e como consequência a assertividade. Em primeiro foi estabelecido o diálogo apenas para compreender o que eram as emoções, demonstrou dificuldade em compreender o que eram as emoções apenas pela palavra, foram faladas das 6 emoções básicas. À medida que se ia falando de cada emoção, pedi a utente que me demonstrasse com o corpo como estas eram transmitidas, apresentou maior dificuldade no nojo e na surpresa, afirmando que não costumava sentir essas emoções diariamente. As restantes emoções conseguiu representar com o corpo e explicar como sentia o seu próprio corpo ao nível da tonicidade e do andar consoante a emoção, assim como a expressão fácil.

A segunda atividade teve como objetivo relacionar a assertividade com as emoções, desse modo foi realizada uma ficha em que estava escrita a frase “Quando estou \_\_\_\_ eu faço”, de modo a conseguir adaptar para todas as emoções faladas anteriormente, em seguida, era necessário explicar como agia perante essas emoções e se a sua atitude era correta ou incorreta. A emoção em que a utente teve menos dificuldade foi na raiva porque disse ser a emoção mais presente, conseguiu refletir e compreender de modo individual que todas as suas ações estavam incorrectas, encontrando forma das solucionar. Apresentou maior dificuldade em realizar as ações para as outras emoções, principalmente para o medo, nojo e surpresa.

Por último, a atividade consistia em representar através da plasticina as diferentes expressões faciais das diferentes emoções, apesar de representar de modo confuso, ao realizar em si própria fazia de forma assertiva.

No diálogo final, foi esclarecido o assunto que havia ocorrido na semana anterior em que a utente referiu não gostar de mim e das atividades, apresentou uma postura assertiva e inesperada, pediu desculpa e esclareceu que não se encontrava com disposição e por isso reagiu daquela forma, foi transmitida a ideia de flexibilidade de horário e compreensão por parte da terapeuta para não ocorrerem mais situações semelhantes. Quanto à reflexão sobre as atividades, referiu que tinha sido do seu agrado e que precisa de trabalhar o que é correto ou não de fazer porque sabe que tem muitos comportamentos que não são assertivos. Apresentou-se calma no decorrer da sessão, mas sempre com tendência a puxar o assunto que a estava a perturbar, ocorrendo um pequeno diálogo sobre a situação; por estar concentrada o efeito secundário da medicação parou, no entanto, quando a sessão terminou os sintomas voltaram novamente, deixando a utente muito incomodada.

## Sessão nº7 – 16 de Maio

No dia 16 de Maio realizou-se a sessão individual de psicomotricidade com a utente C. Encontrava-se bem-disposta e sem alterações ao nível do comportamento, interessou-se pela sessão sem que fosse necessário chamar.

A sessão estava organizada em momentos diferentes: o diálogo inicial, escrever o seu próprio nome no ar com o corpo, o jogo das bolas e dos arcos, atividade de ritmo com a bola e para terminar a acompanhar o diálogo final, uma pequena técnica de relaxação para descontraír.

No diálogo inicial encontrava-se motivada para a atividade surpresa que ia acontecer no dia a seguir mas preocupada porque no período da manhã tinha apresentado dificuldade em responder às questões de cultura geral o que perturbou um pouco a sua estabilidade.

Na primeira atividade que se destinava a escrever o nome com as várias partes do corpo, a utente achou a atividade engraçada e estava a sorrir ao mesmo tempo que a estava a fazer, realizei a atividade ao mesmo tempo; não apresentou dificuldade no movimento. A atividade foi em primeiro lugar realizada com os olhos abertos e em seguida com os olhos fechados, apesar da dificuldade em permanecer com os olhos fechados conseguiu realizar com sucesso nos dois parâmetros.

Na atividade do arco e da bola, era uma das atividades a ser realizada no dia seguinte na atividade surpresa e realizou-se para motivar a utente visto que da parte da manhã não tinha apresentado sucesso na tarefa; encontrou-se muito motivada em conseguir colocar as bolas nos arcos, chamando-me a participar, ao ver que estava a realizar a tarefa de forma mais eficaz que eu motivou-se e empenhou-se ainda mais, entrando um pouco no espírito competitivo e desafiador.

Na atividade de ritmo, pedi que nos sentássemos no chão e com a bola realizássemos um ritmo constante à escolha, apresentou dificuldades na compreensão do exercício e sempre com tendência a copiar o que eu estava a realizar; pedi que o fizesse de olhos fechados para que não ocorresse a imitação mas a atividade foi terminada sem sucesso.

Momentos antes do dialogo final, pedi a utente que se colocasse de pé para realizar um pequeno exercício, que teria que colocar o queixo no peito e ir enrolando o seu corpo lentamente até os seus braços ficarem pendidos e depois desenrolar sendo a cabeça a ultima parte do corpo a ficar na posição normal; não apresentou dificuldades nem na



execução nem na compreensão do exercício. No diálogo final demonstrou ter tido prazer nas atividades e principalmente na dos arcos e das bolas porque refere conseguir descarregar a sua energia nas bolas.

## Anexo B – Utente J

### Anexo B.1 – Exemplo de Planeamentos

<b>Utente:</b> J	
<b>Data:</b> 10 de Abril de 2018	
<b>Sessão n°2</b>	<b>Duração:</b> 45 minutos

<b>Atividades</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Materiais</b>	<b>Tempo</b>
<u>Ritual de Entrada</u>	Diálogo inicial – A terapeuta explica à utente o objectivo da sessão e que atividades vão ser realizadas. Estabelece um breve diálogo sobre como a utente se sente.	- Estimular a comunicação verbal	-	5 min
<u>Construir o corpo</u>	A utente terá a sua disposição várias partes do corpo, que terá que construir e colar, e em seguida escrever em cada parte do copo o que gosta.	- Promover a auto-estima - Aumentar a consciência corporal - Melhorar a capacidade de planeamento	Cola Folha Partes do corpo	10 min
<u>O que eu sou, e o que eu não sou</u>	Realizar uma breve reflexão sobre o que a utente é e o que não é, e como combater o que não quer ser.	- Melhorar a fluência no discurso - Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos - Promover a auto-estima	-	10 min
<u>Relaxação Progressiva de Jacobson</u>	A utente deitar-se-á no colchão de forma relaxada e com os olhos fechados, e	- Diminuição dos estados ansiosos - Promover o controlo	Colchão	15 min

	<p>realizar os movimentos segundo a voz da terapeuta. Antes e depois da relaxação preenchimento da ficha do esquema de tensões.</p>	<p>dos estados emocionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a diferença entre estado de tensão e descontração</li> <li>- Melhorar a capacidade de controlar a respiração.</li> <li>- Aumentar a capacidade de regulação de ritmos internos</li> </ul>		
<p><u>Ritual de Saída</u></p>	<p>Diálogo final – Breve conversa sobre o que aconteceu na sessão, o que a utente gostou mais e menos, e onde sentiu que tinha mais dificuldade. Reflexão sobre como se sentiu na relaxação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos</li> <li>- Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções</li> </ul>	-	5 min

<b>Utente:</b> J	
<b>Data:</b> 8 de Maio de 2018	
<b>Sessão nº6</b>	<b>Duração:</b> 45 minutos

<b>Atividades</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Materiais</b>	<b>Tempo</b>
<u>Ritual de Entrada</u>	Diálogo inicial – A terapeuta explica à utente o objectivo da sessão e que atividades vão ser realizadas. Estabelece um breve diálogo sobre como a utente se sente.	- Estimular a comunicação verbal	-	5 min
<u>O caminhar e as emoções</u>	A utente escolher terá que três emoções e caminhar como se as tivesse a sentir, associar uma cor a cada emoção e em seguida refletir em que situações se tinha sentido desse modo.	- Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções -Aumentar a consciência e limites corporais -Promover o controlo dos estados emocionais		15 min
<u>Relaxação Progressiva de Jacobson</u>	A utente deitar-se-á no colchão de forma relaxada e com os olhos fechados, e realizar os movimentos segundo a voz da terapeuta. Antes e depois da relaxação preenchimento da ficha do esquema de tensões.	- Diminuição dos estados ansiosos - Promover o controlo dos estados emocionais - Compreender a diferença entre estado de tensão e descontração - Melhorar a capacidade de controlar a respiração. - Aumentar a capacidade	Colchão	20 min

		de regulação de ritmos internos		
<u>Ritual de Saída</u>	Diálogo final – Breve conversa sobre o que aconteceu na sessão, o que a utente gostou mais e menos, e onde sentiu que tinha mais dificuldade. Reflexão sobre como se sentiu na relaxação.	- Promover a expressão de ideias, sentimentos e desejos  - Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções	-	5 min

## **Anexo B – Utente J**

### **Anexo B.2 – Exemplo de Relatórios**

#### **Sessão nº2 – 10 de Abril de 2018**

No dia 10 de Abril, decorreu a sessão com a utente J., encontrava-se mais bem-disposta, sorriu por diversas vezes, apesar de continuar a estabelecer o diálogo de forma curta e simples. A sessão decorreu com a seguinte sequencia, o diálogo inicial, a montagem de um corpo e escrever em cada uma das partes o que mais aprecia respetivamente, reflexão sobre o que é e o que não é, a relaxação progressiva de Jacobson e por fim, o diálogo final.

No diálogo inicial, a utente demonstrou-se motivada para as atividades, revelou organização espaço-temporal, referiu que não se sentia melhor mas que tinha motivação para melhorar, o que sugere uma grande diferença da sessão anterior.

Na primeira atividade encontrou alguma dificuldade em construir o corpo mas realizou-o sem dificuldade, quanto ao referir o que gostava de cada parte do corpo, inicialmente na cabeça referiu que gostava do cabelo mas modificou para a sua boca porque só gostava do seu cabelo no passado, em seguida nos braços referiu que gostava dos braços na totalidade que não apresentava preferência por nenhuma parte em particular e o mesmo ocorreu com as pernas, na barriga referiu que gostava da sua cor e referiu que nos seus pés não gostava de nada, no que diz respeito ao peito, não conseguiu encontrar nada que gostasse nem que não gostasse. Quando confrontada com essa dificuldade, começou a ocorrer de novo uma instabilidade emocional, manifestando-se através do choro.

Na segunda atividade, em que tinha que referir o que era e o que não era, apresentou muita dificuldade, sempre emocionalmente instável, no eu sou a primeira opção foi que era uma mulher, em seguida conseguiu escrever que era mãe e também avó, referia que não sabia mais e que se sentia nervosa porque não conseguia pensar, questionei então o que a utente gostava nas outras pessoas e o que não gostava, e se se identificava ou não, conseguindo escrever que era pequena e uma boa pessoa; quanto ao eu não sou, apresentou uma dificuldade acrescida por permanecer a chorar durante o decorrer da atividade, revelou que não era um homem e que não era alta, através das atitudes dos outros, conseguiu concluir que não era pessoa de falar mal dos outros, e que também

não magoava o outro e que não era mal-educada, concluindo então que a utente verifica esse comportamento nos outros e sofre com eles, não se identificando.

Na relaxação progressiva de Jacobson, a utente permaneceu de olhos fechados na sua totalidade, apenas abriu e falou uma vez, para pedir que repetisse a instrução, demonstrando interesse mas alguma falta de audição, sendo pertinente na próxima vez aproximar-me mais da utente, realizou os movimentos sem dificuldades na compreensão e na execução; no fim da tarefa, pedi que me explicasse o que sentiu, referiu que não sabia o que sentia mas que teve dificuldade em realizar força nos membros porque sente falta dela e que tornou-se mais difícil sentir a contração e a descontração.

No diálogo final, quando pedi que referisse o que mais tinha gostado, não optou por nenhuma opção, demonstrando pouca capacidade de escolha e de opinião própria, porem revelou interesse por todas elas.

## Sessão nº 6 – 8 de Maio

No dia 8 de Maio de forma individual ocorreu a sessão com a utente J., encontrava-se pouco sorridente e muito pensativa, com o olhar pouco penetrante no outro. No diálogo inicial referiu que não se sentia bem, que estava mais em baixo que o normal, apresentando muitas dores no corpo e falta de força, não apresentou nenhuma reação emocional discordante nem excessiva. A sessão, após o diálogo inicial, foi composta por três atividades, escolher três emoções e caminhar como se as tivesse a sentir, associar uma cor a cada emoção e em seguida refletir em que situações se tinha sentido desse modo e por fim, realização da relaxação progressiva de Jacobson e o respetivo esquema de tensões.

A primeira emoção que a utente escolheu foi a tristeza porque era a mais fácil e mais evidente para si, conseguiu descrever como o corpo fica quando alguém se encontra triste e caminhar segundo as indicações que estava a dar sobre a posição do corpo, quando pedi que associa-se uma cor de imediato que escolheu a cor preta; quando houve o diálogo sobre em que situações se sentia assim, respondeu que se sente assim quando está sozinha e apresentou dificuldade em arranjar mais um momento para descrever, acabando por dizer que fica triste por não estar bem de saúde. Quando pedi que escolhesse outra emoção apresentou muita dificuldade, referindo que não sabia e que não conseguia pensar e com uma reação emocional exagerada, pedi que me escrevesse qual o contrario de tristeza referindo que era alegria, conseguiu descrever como o corpo se move com esse sentimento mas teve mais dificuldade em representa-lo, relativamente a cor associou ao branco, nos momentos que já se tinha sentido feliz começou a chorar de forma muito descontrolada, mas conseguiu descrever três momentos, quando o seu neto nasceu, quando a sua filha nasceu e quando trabalhava. A última emoção, foi o medo, tive que fornecer a emoção porque a utente apresentava muita dificuldade, descreveu e representou bem a emoção no corpo, associou de novo a cor preta e referiu de novo três momentos em que sentia medo, de cozinhar, de passar a ferro e de sair à rua.

Antes de iniciar a relação pedi à utente que completasse com as três cores o esquema de tensões, apresentou alguma dificuldade na compreensão da tarefa mas conseguiu realizar de forma assertiva. No decorrer da relaxação conseguiu permanecer de olhos fechados e com os braços ao longo do corpo, por vezes apresentava algum desconforto transmitido através de comichões em várias partes do corpo; realizou todos os



movimentos pretendidos e de forma correta, referiu ao longo da relaxação que não conseguia realizar força nas pernas que não sentia nada mesmo com ajuda do toque. No fim, pedi que completasse de novo o esquema de tensões, apresentou uma maior tensão ao nível das omoplatas que passou de amarelo para vermelho, mas uma diminuição da tensão nas pernas de amarelo para vermelho.

No diálogo final, referiu sentir-se bem depois da relaxação apesar de ter sempre muitas dores, disse também que tinha dificuldades ao realizar as atividades porque não sabia nada, apresentou sempre uma grande desvalorização do EU.

## Anexo C- Grelha de Observação Informal (Adaptada)

Referências: Correia (2014)

<b>Consciência</b>	Adequado			
	<u>Alterações quantitativas</u>	Obnubilação		
		Sonolência		
		Torpor		
		Coma		
	<u>Alterações qualitativas</u>	Estado oniroide		
Estreitamento e expansão				
<b>Atenção</b>	Adequado			
	Hiperprosexia			
	Hipoprosexia			
	Estreitamento da atenção			
<b>Orientação</b>	Adequado			
	Tempo			
	Espaço			
	Autopsíquica			
	Alopsíquica			
<b>Percepção</b>	Adequado			
		Alterações quantitativas	Hiperestesia	
			Hipostesia	
	<u>Distorções sensoriais</u>	Alterações qualitativas	Cor	
			Dimensão	
			Forma	
			Distorção da imagem corporal	
			Separação da	

			percepção	
	<u>Falsas Percepções</u>	Ilusões		
		Alucinações		
		Pseudoalucinações		
<b>Discurso</b>	Adequado			
	<u>Alterações orgânicas</u>	Disartria		
		Dislexia		
		Afasia		
		Parafasia		
	<u>Alterações funcionais</u>	Gaguez		
		Linguagem quant. diminuída		
		Mutismo		
		Mutacismo		
		Prolixidade		
		Logorreia		
		Fluxo lentificado		
		Fluxo acelerado		
		Aprosódia		
		Mussitação		
		Coprolalia		
		Logoclonia		
		Ecolalia		
		Psitacismo		
		Estereotipias verbais		
Verbigeração				
Neologismos				
Paralogismos				

		Desorganização		
		Pedolalia		
		Coprolalia		
		Mussitação		
		Glossolalia		
		Agramatismo		
		Paragramatismo		
		Respostas ao lado		
		Tangencialidade		
	<b>Pensamento</b>	Adequado		
<u>Curso</u>		Ritmo	Pensamento acelerado	
			Fuga de ideias	
			Pensamento circunstanciado	
			Pensamento lentificado	
			Pensamento inibido	
		Continuidade	Bloqueio do pensamento	
			Perseveração ideativa	
			Perseveração verbal	
<u>Forma</u>		Pensamento concreto		
		Assíndese		
		Hiperinconclusividade		
		Metonímia		

		Descarrilamento		
		Fusão		
		Suspensão		
		Desagregação		
	<u>Posse</u>	Ideias obsessivas	Compulsões	
		Alienação do pensamento	Influenciamento do pensamento	
			Roubo do pensamento	
			Difusão do pensamento	
	<u>Conteúdo</u>	Ideias sobrevalorizadas		
		Ideias delirantes	Delírios primários	
			Delírios secundários	
		Ideias de suicídio		
	<b>Vivência do Eu</b>	Adequado		
<u>Alteração da consciência da existência e atividade do Eu</u>		Despersonalização		
		Perda da ressonância emocional		
<u>Alteração da consciência e da unidade do Eu</u>		Autoscopia		
		Duplicação		
		Múltipla personalidade		
<u>Alteração da consciência da intensidade e continuidade do Eu</u>		Alteração da identidade		
		Perda da continuidade		
<u>Alteração da</u>		Alienação do pensamento		
		Passividade		

	<u>consciência dos limites do Eu</u>	Apropriação			
		Transitivismo			
		Estados extáticos			
<b>Humor, emoções e afetos</b>	Adequado				
	<u>Temperamento</u>	Distímico			
		Ciclotímico			
		Irritável			
		Ansioso			
	<u>Humor</u>	Alterações quantitativas	Euforia		
			Expansão		
			Exaltação		
			Êxtase		
			Depressão		
		Alterações qualitativas	Humor Disfórico		
	Humor irritável				
	Anedonia				
	Anestesia afectiva				
	Aplanamento afectivo				
Embotamento afectivo					
Labilidade afectiva					
Ambivalência afectiva					
Incontinência afectiva					
Rigidez afectiva					
Frieza/indiferença afectiva					
Paratimia					
Perplexidade					
Alexitimia					

	Dissociação afectiva			
	Neotimia			
	Puerilidade			
	Moria			
	Desmoralização			
	Ansiedade	Fobias		
Crise de pânico				
<b>Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos</b>	Adequado			
	Hiperbulia			
	Hipobulia			
	Abulia			
	Ambivalência			
	Sugestionalidade			
	Obediência automática			
	Ataxia volitiva			
	<u>Atos impulsivos</u>	Impulsos agressivos/destrutivos		
		Piromania		
		Dromomania		
		Dipsomania		
		Cleptomania		
		Comportamento sexual compulsivo		
Jogo patológico				
Tricotilmania				
Comprador compulsivo				
Frangofilia				
Automutilação				

	<u>Comportamentos autoagressivos</u>	Comportamento autolesivo sem intenção suicida		
		Comportamento autolesivo sem outra especificação		
		Tentativa de suicídio		
	<u>Comportamentos heteroagressivos</u>			
<b>Motricidade</b>	Adequado			
	<u>Alteração dos movimentos espontâneos</u>	Alterações quantitativas	Aumento movimentos expressivos	
			Aumento movimentos direccionados: inquietude, agitação	
			Redução movimentos expressivos	
			Redução movimentos direccionados: lentificação, bloqueio, estupor	
		Alterações qualitativas	Paracinesias: estereotipia, maneirismos	
			Tiques	
			Tremor de repouso	
			Coreia	
	Atetose			
		Mioclónias		
	Obediência automática			



	<u>Movimentos anormais induzidos</u>	Ecopraxia		
		Ecolalia		
		Perseveração		
		Cooperação		
		Oposição		
		Ambitendência		
	<u>Alteração da postura</u>	Postura maneirística		
		Postura estereotipada		
		Perseveração da postura		
<b>Vida instintiva</b>	Adequado			
	<u>Alterações do sono</u>	Dissónias	Insónia	
			Hipersónia	
			Narcolepsia	
		Parassónias	Pesadelos	
			Terroses nocturnos	
			Sonambulismo	
			Bruxismo	
		<u>Alterações do comport. alimentar</u>	Anorexia	
	Hiperfagia			
	Ingestão alimentar compulsiva			
	Pica			
	Potomania			
	Receio mórbido de engordar			
	Recusa alimentar			
<u>Alterações do comportamento sexual</u>	Hipersexualidade			
	Hipossexualidade			

<b>Insight</b>	Conhecimento da doença	
	Compreensão das consequências da doença	
	Atitude perante a doença	
<b>Observações</b>		