



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria de um
Hospital Público**

Solange Andrade Pinto

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Carlos Manuel Horta Caldeira

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria de um
Hospital Público**

Solange Andrade Pinto

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Carlos Manuel Horta Caldeira

Évora 2024



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Maria da Graça Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Arguente)
Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, por serem sempre os meus pilares e por tornarem o meu percurso académico possível.

Aos meus avós, meus segundos pais, pela fonte de força e de motivação diária.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes independentemente da distância física.

À Professora Doutora Gabriela Almeida, minha orientadora de estágio, pela disponibilidade, resiliência, ensinamentos, partilhas, conhecimentos e advertências, tanto a nível profissional quanto pessoal.

À Terapeuta Ocupacional Zaida Nunes, o meu grande pilar no decorrer do estágio, que, devido à sua vasta experiência profissional na área da psiquiatria e saúde mental e ao seu humanismo, me transmitiu, com sabedoria, conhecimentos e estratégias fundamentais para o sucesso de uma intervenção terapêutica.

A todo o corpo docente, tanto da licenciatura quanto do mestrado, pelo nobre ato de dedicarem a sua vida a transmitir os conhecimentos que têm aos alunos.

Aos colegas de curso e da Universidade de Évora, pela transmissão e partilha de conhecimentos nas diversas áreas, potenciando o desenvolvimento enquanto profissional e enquanto pessoa.

Ao meu orientador local, Enfermeiro Carlos Caldeira, pela sua objetividade, disponibilidade e prontidão.

A toda a equipa do serviço de psiquiatria, pelo profissionalismo e humanismo.

A Psicomotricidade e a Universidade de Évora foram a minha primeira opção e é com satisfação que afirmo que continuariam a ser.

Obrigada à “Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Évora”, e a todas as pessoas que se cruzaram comigo neste meu percurso. Cada uma, à sua forma, tocou e moldou a minha forma de agir com o outro e de olhar para o mundo.

RESUMO

Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria de um Hospital Público

As alterações psicomotoras são frequentes em várias perturbações mentais e a psicomotricidade, ao considerar as relações entre o corpo e a mente, atua para as minimizar. O presente relatório tem como objetivo descrever as práticas psicomotoras desenvolvidas num serviço de psiquiatria de um hospital público. A intervenção psicomotora foi realizada com dois grupos terapêuticos, um em regime de internamento e o outro em regime ambulatorio pós-alta. Neste relatório são descritos dois casos dos grupos terapêuticos: um utente com diagnóstico de Esquizofrenia e uma utente com Perturbação do Estado-Limite da Personalidade. Ambos beneficiaram de sessões de psicomotricidade duas vezes por semana, em grupo, nas quais foram utilizadas técnicas de integração sensorial, técnicas perceptivo-motoras, técnicas expressivas e criativas com recurso a mediadores e relaxação terapêutica, sobretudo a relaxação progressiva de Jacobson. Para cada um dos casos é apresentada a avaliação psicomotora, o projeto terapêutico desenvolvido, a avaliação final e a progressão terapêutica. Com a intervenção psicomotora desenvolvida, verificaram-se melhorias ao nível da compreensão e redução das manifestações psicocorporais associados às problemáticas, da gestão de emoções, da identificação e capacidade de comunicação verbal e não-verbal e do perfil psicomotor, sugestivas da importância do psicomotricista numa equipa multidisciplinar dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Esquizofrenia; Perturbação Estado-Limite da Personalidade; Saúde Mental em Adultos; Relaxação.

ABSTRACT

Psychomotor Intervention in a Psychiatric Service of a Public Hospital

Psychomotor alterations are common in various mental disorders and psychomotricity, by considering the relationships between body and mind, aims to reduce them. This report describes psychomotor practices developed in a psychiatric service of a public hospital. Psychomotor intervention was conducted with two therapeutic groups: one in an inpatient mental health setting and the other on an outpatient basis post-discharge. This report presents two cases from the therapeutic groups: a user diagnosed with Schizophrenia and another with Borderline Personality Disorder. Both benefited from psychomotor sessions twice a week, in a group, in which were used sensory integration techniques, perceptual-motor techniques, expressive and creative techniques with the use of mediators and therapeutic relaxation, especially Jacobson's progressive relaxation. For each case, the psychomotor assessment, the therapeutic project developed, the final assessment and the therapeutic progression are presented. With the psychomotor intervention developed, there were improvements in terms of understanding and reduction of psychocorporal

manifestations associated with the issues, management of emotions, identification and capacity for verbal and non-verbal communication and psychomotor profile, suggesting the importance of the psychomotor therapist in a multidisciplinary team of psychiatry and mental health services.

Key-words: Psychomotor Rehabilitation; Schizophrenia; Personality Disorder; Adult Mental Health; Relaxation.

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	i
ÍNDICE DE TABELAS	v
LISTA DE SIGLAS	vi
I. INTRODUÇÃO	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PSICOMOTORA EM CONTEXTO PROFISSIONAL	3
Psicomotricidade em Saúde Mental no Adulto	3
Metodologias de Intervenção Psicomotora	4
Caracterização do Local de Estágio	5
Caracterização da População Atendida	6
III. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	10
Descrição das atividades de estágio	10
Horário Semanal	10
Calendarização das atividades de estágio	11
Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia	12
Atividades complementares de formação	12
Intervenção psicomotora no local de estágio	14
Descrição das etapas da intervenção	17
Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados	18
Descrição dos casos acompanhados	23
IV. ESTUDO DE CASO I	36
História Pessoal e Clínica	36
Plano de avaliação	37
Resultados da avaliação inicial	37
Hipóteses Explicativas	38

Perfil intra-individual	40
Projeto Terapêutico	41
Progressão terapêutica	43
Avaliação Final e Comparação dos resultados	44
Discussão dos Resultados	45
V. ESTUDO DE CASO II	47
Resumo	47
Abstract	47
Introdução	48
História Pessoal e Clínica	48
Plano de avaliação	50
Resultados da avaliação inicial	51
Hipóteses explicativas	52
Perfil intra-individual	54
Projeto Terapêutico	55
Progressão Terapêutica	57
Avaliação Final e Comparação dos Resultados	59
Discussão dos resultados	60
Conclusões	61
Referências Bibliográficas	61
VI. CONCLUSÃO	64
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Horário semanal	10
Tabela 2. Calendarização das atividades de estágio	11
Tabela 3. Número de sessões dinamizadas no grupo terapêutico de utentes pós-alta	12
Tabela 4. Utentes no grupo terapêutico pós-alta ao longo dos meses de estágio	23
Tabela 5. Objetivos terapêuticos para o grupo terapêutico pós-alta	33
Tabela 6. Objetivos terapêuticos para o grupo terapêutico do internamento	35
Tabela 7. Perfil intra-individual do Estudo de Caso AM	40
Tabela 8. Objetivos terapêuticos para o Estudo de Caso AM	40
Tabela 9. Perfil intra-individual do Estudo de Caso ARE	54
Tabela 10. Objetivos terapêuticos para o Estudo de Caso ARE	54

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

APP – *Associação Portuguesa de Psicomotricidade*

BPM – *Bateria Psicomotora*

DAP – *Draw a Person*

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

EGP – *Exame Geronto-Psicomotor*

HD – *Hospital de Dia*

LOFOPT – *Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

PELP – *Perturbação Estado-Limite da Personalidade*

SCL-90-R – *Symptom Checklist 90 - Revised*

TAS-20 – *Twenty-item Toronto Alexithymia Scale*

WHO – *World Health Organization*

I. INTRODUÇÃO

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2022), uma perturbação mental é caracterizada por mudanças clinicamente significativas na cognição, regulação emocional ou comportamento. Estas manifestam-se em alterações psicológicas, biológicas ou do desenvolvimento, associadas ao funcionamento mental e comportamental, e que causam sofrimento ou prejuízo.

Desde o final do século XIX, as alterações psicomotoras têm sido mencionadas em diversas perturbações psiquiátricas, podendo surgir nos critérios de diagnóstico ou como comorbilidade (Albaret et al., 2012).

Quando as palavras não conseguem mais expressar o sofrimento, é necessário um desvio obrigatório pelo corpo, surgindo alterações na expressão psicomotora. A intervenção psicomotora permite o reinvestimento no corpo e na sua expressão (Maréville, 2022).

O estágio curricular decorreu num serviço de psiquiatria de um hospital do Alentejo e teve a duração de 9 meses. Este visou a consolidação das aprendizagens efetuadas em contexto académico e a promoção de competências profissionais e científicas na área da Psicomotricidade.

O presente documento contém as atividades realizadas no estágio, revelando as competências profissionais, relacionais, éticas e reflexivas da estagiária, à luz de um enquadramento e de uma fundamentação teórica e prática pertinente. Apresenta também uma análise crítica do processo de aprendizagem e de desenvolvimento da aluna.

Este relatório de estágio encontra-se dividido nos seguintes capítulos: Introdução, Enquadramento Teórico da Prática Profissional, Organização das Atividades de Estágio, Estudo de Caso I, Estudo de Caso II, Conclusão e Referências Bibliográficas.

No capítulo **Enquadramento Teórico da Prática Profissional**, as práticas são contextualizadas à luz de referências bibliográficas pertinentes na área. É abordada a psicomotricidade em saúde mental do adulto e desenvolvido o papel do psicomotricista num serviço de psiquiatria de um hospital público. São também abordadas as principais metodologias de intervenção, como a relaxação progressiva de Jacobson. Em seguida, surge a caracterização do local de estágio, da população e das perturbações atendidas, quer no regime de internamento de doentes psiquiátricos agudos quer no regime ambulatorio pós-alta. O capítulo termina com os objetivos gerais da intervenção psicomotora nas perturbações mentais abordadas.

Posteriormente, no capítulo **Organização das Atividades de Estágio**, encontra-se a descrição das etapas de intervenção psicomotora e de atividades realizadas ao longo do estágio, a descrição dos instrumentos de avaliação psicomotora e uma breve descrição de sete casos acompanhados em grupo após internamento psiquiátrico.

Nos capítulos seguintes, serão apresentados individualmente **dois estudos de caso**, os quais serão abordados de forma pormenorizada. O Estudo de Caso I é relativo a um utente de 46 anos com Esquizofrenia e o Estudo de Caso II, redigido em formato de artigo científico, apresenta uma utente de 25 anos com Perturbação do Estado-Limite da Personalidade.

Para ambos os casos dos capítulos suprarreferidos, é realizada uma fundamentação teórica e são relatadas informações necessárias à compreensão da intervenção, tais como: história pessoal e clínica, plano de avaliação psicomotora, interpretação dos resultados obtidos na avaliação, hipóteses explicativas, perfil intra-individual, elaboração do projeto terapêutico, progressão terapêutica, avaliação final, comparação e discussão dos resultados.

Por fim, na **conclusão**, é realizada uma reflexão e análise crítica sobre o percurso da aluna em formação e do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PSICOMOTORA EM CONTEXTO PROFISSIONAL

O conteúdo em seguida apresentado suporta a interpretação do presente relatório de estágio. Inicia com uma abordagem à psicomotricidade, com enfoque na intervenção em saúde mental dos adultos. Em seguida, surge a caracterização do local de estágio e da população atendida, aprofundando as perturbações mentais mais prevalentes e os objetivos da intervenção psicomotora com cada uma.

Psicomotricidade em Saúde Mental no Adulto

A psicomotricidade tem em consideração as relações e influências recíprocas entre o corpo e a mente, apoiando a pessoa na sua capacidade de perceber, agir, ser e simbolizar, visando a funcionalidade e adaptabilidade do indivíduo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2021; Giromini et al., 2022).

Na presença de determinadas perturbações mentais, as palavras não conseguem expressar o sofrimento e é necessário um desvio pelo corpo (Maréville, 2022).

O psicomotricista pode aceder a outros elementos, uma vez que através do movimento o corpo expressa informações que o utente não necessariamente verbaliza (Maréville, 2022).

A observação e avaliação psicomotora auxiliam a elaboração de um diagnóstico, a compreensão do que o utente está vivenciando e a organização do seu plano de tratamento (Probst, 2017; Maréville, 2022).

Assim, a intervenção psicomotora baseia-se no movimento, na ação, na comunicação verbal e não verbal, nas emoções e nas representações (Giromini et al., 2022).

Podemos considerar que a base para o tratamento dos utentes com perturbações psiquiátricas reside no domínio das emoções, sensações, perceções e cognições (Maréville, 2022).

Na intervenção psicomotora com adultos com perturbações mentais, são tidos em consideração objetivos como: a expressão e regulação das emoções, o aumento da tolerância à frustração, a redução ou anulação de comportamentos impulsivos, a orientação para a realidade e a interação social (Maréville, 2022).

Nas sessões de psicomotricidade, os utentes com perturbações podem reformular as suas experiências emocionais em um contexto social seguro (Probst et al., 2010; Giromini, 2022).

Para atingir os objetivos da intervenção, o psicomotricista recorre a técnicas de mediação corporal e a outros mediadores, sendo o corpo o principal (APP, 2021; Giromini et al., 2022; Maréville, 2022).

A mediação designa a utilização de um mediador específico na relação entre o psicomotricista e o utente para promover o trabalho terapêutico. Os mediadores visam ativar ou reativar experiências, apoiando a atividade simbólica do sujeito e transferindo o aparelho psíquico para as palavras (Giromini, 2017; Rodriguez, 2019). A linguagem torna-se mediadora entre o corpo e o psiquismo e influenciará a experiência corporal (Giromini et al., 2022).

A relaxação, as terapias de expressão corporal, o toque terapêutico, a meditação, a improvisação dramática e os exercícios respiratórios são alguns dos métodos comprovados na população adulta com perturbações mentais (Taylor et al., 2020; Maréville, 2022).

Metodologias de Intervenção Psicomotora

As técnicas psicomotoras são agrupadas em quatro categorias principais: as técnicas de integração sensorial, as técnicas perceptivo-motoras, as técnicas expressivas e criativas e a relaxação terapêutica (Giromini et al., 2022).

As técnicas de integração sensorial atuam na percepção dos diferentes sentidos, são eficazes nas alterações de percepção e representação do corpo e são usadas para aliviar a dor e relaxar o corpo, como é o caso do toque terapêutico. O psicomotricista ajusta o seu corpo ao do paciente, estabelecendo com ele um diálogo tónico-emocional que contribuirá para restaurar percepções (Giromini et al., 2022).

As técnicas perceptivo-motoras atuam conjuntamente no controlo corporal e na adaptação ao espaço e ao tempo. Estas técnicas promovem a socialização, ajudando o utente a comunicar e a respeitar os outros e a si mesmo. O jogo é um lugar de experiências vividas, intermediário entre a realidade e a vida psicológica, utilizando a imaginação e a simbolização (Giromini et al., 2022).

As técnicas expressivas e criativas promovem a autoconsciência, a criatividade, a expressão gestual e a socialização. Elas destacam possibilidades de expressão e comunicação numa perspetiva dinâmica, utilizando todas as funções psicomotoras. São exemplos: a dança, a mímica, a improvisação dramática, a voz e o canto (Giromini et al., 2022).

Na improvisação dramática, os movimentos que representam situações da vida real fornecem ao utente uma estrutura e oportunidade de criar uma imagem realista das suas capacidades e limites, encenando o problema e a sua resolução (Probst, 2017; Maréville, 2022).

Os mediadores expressivos surgem como suporte para que o utente possa expressar o que foi sentido, recordando e projetando conflitos pessoais e permitindo uma libertação emocional e uma exploração do indivíduo sobre si próprio, de forma a facilitar a tomada de consciência e a expressão verbal (Maximiano, 2004).

A relaxação terapêutica atua na regulação tónico-emocional e nas representações psicocorporais. A relaxação é uma técnica que induz a modificação dos estados de consciência e a redução do nível de vigilância. Regula e harmoniza as funções fisiológicas e psicológicas e atua no estado emocional (Giromini et al., 2022).

Os métodos de relaxação com base fisiológica baseiam-se no princípio da influência do controlo somático na resposta psíquica, isto é, que a relaxação muscular pode induzir a relaxação mental, como é o caso da relaxação progressiva de Jacobson (Rodriguez, 2019).

A relaxação progressiva de Jacobson consiste em criar e libertar tensão nos músculos permitindo ao utente (re)conhecer diferentes níveis de tensão e de como a libertar (Van Damme, 2018). Segundo Bernstein et al. (2000), o treino engloba dezasseis grupos musculares e a sua aplicação dura cerca de 30 a 40 minutos, sendo que o tempo de contração/relaxação deve ser

ajustado de modo que o utente tenha boa experiência e obtenha relaxação. Apresenta eficácia clínica para utentes psiquiátricos, nomeadamente em casos de insónia, depressão, ansiedade e esquizofrenia (Van Damme, 2018).

Os exercícios respiratórios, de relaxação, de *mindfulness* e (auto)massagem possibilitam restabelecer o equilíbrio (Rodríguez, 2019). O toque, a automassagem e a massagem com recurso a materiais fornecem vivências fundamentais para a construção da identidade e da personalidade (Maximiano, 2004). O toque terapêutico possibilita a consciencialização dos limites corporais e do estado tónico, auxiliando na (re)construção do envelope corporal (Novais, 2004; Potel, 2012; Maréville, 2022).

Os exercícios respiratórios permitem, através do ritmo interno, uma reapropriação do próprio corpo (Maréville, 2022). Possibilitam ainda induzir relaxação, surgindo como um mecanismo de autorregulação (Van Damme, 2018).

As técnicas de relaxação e respiração potencializam a regulação emocional e, depois de adquiridas, podem ser replicadas pelos utentes na sua vida diária (Machorrinho et al., 2023). Estas técnicas contribuem para a regulação emocional através da promoção da consciência corporal, modelando a resposta emocional e treinando a atenção (Veiga & Marmeleira, 2018).

No *mindfulness*, as atividades pretendem regular o foco atencional e manter a concentração na atividade que está a realizar no momento, permitindo a redução e gestão do *stress* e do sofrimento associado à doença (Van Damme, 2018), sendo assim importante em sintomas de ansiedade e depressão (Greeson, 2009).

Segundo Schoeberlein (2009), o *mindfulness* apresenta benefícios ao nível da consciencialização, autorreflexão e autocontrolo. Probst (2017) afirma que os exercícios de *mindfulness* permitem diminuir as queixas físicas ao aumentarem a resiliência física e mental, a qualidade do sono, a autoconfiança, o nível de energia, o nível de resistência e a relaxação.

Caracterização do Local de Estágio

O estágio decorreu num serviço de psiquiatria de um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde da área assistencial do Alentejo.

O serviço de psiquiatria encarrega-se da prevenção primária, secundária e terciária e tem como missão a promoção da saúde mental, tratando doenças psiquiátricas em ambulatório ou em internamento, fomentando a reabilitação e a reinserção socioprofissional e familiar dos utentes.

As principais atividades realizadas em ambulatório são consultas externas, assistência aos centros de saúde da área do Alentejo, apoio domiciliário, intervenção comunitária, realiza perícias psiquiátricas e de psiquiatria forense. Dispõe de serviço de urgência em psiquiatria, desenvolve o internamento de doentes agudos e apoia doentes crónicos internados em instituições públicas de solidariedade social.

A equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria é constituída por profissionais da medicina, enfermagem, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia e de serviço social.

Caracterização da População Atendida

O estágio permitiu o acompanhamento de dois grupos terapêuticos, um em regime de internamento psiquiátrico e um em regime de ambulatório pós-alta. Ambos os grupos foram heterogêneos em termos de psicopatologias, idades e de período de frequência dos grupos.

Os utentes que integravam os grupos terapêuticos eram encaminhados pelo médico assistente e, em reunião de equipa multidisciplinar, averiguava-se o cumprimento dos critérios de inclusão nos mesmos.

Em regime de internamento, os utentes acompanhados apresentavam idades compreendidas entre os 20 e os 76 anos. A maioria dos casos acompanhados estava internada para adequação da medicação, estabilização da psicossintomatologia e/ou para esclarecimento do diagnóstico, sendo os mais frequentes Perturbações do Espectro da Esquizofrenia, Perturbações Bipolares, Perturbações Depressivas, Perturbações do Comportamento Alimentar e Perturbações da Personalidade.

O internamento em psiquiatria realiza-se por decisão de um médico psiquiatra através do serviço de urgência ou de consulta externa. Este é justificável na presença de episódios psicóticos agudos não compensáveis em ambulatório, quando há uma perturbação mental orgânica grave, se existir etiologia não esclarecida e/ou quando há risco suicidário (Direção-Geral de Saúde, 2016; Maréville, 2022).

A nova Lei de Saúde Mental, instituída a partir da Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, refere que o tratamento involuntário, quer em regime de internamento quer em ambulatório, pode ser decretado nos casos em que, verificada doença mental e precisando urgentemente de cuidados de saúde, a pessoa recuse recebê-los. Esta medida visa prevenir ou eliminar a existência de perigo de terceiros ou do próprio (Assembleia da República, 2023).

Embora muitos utentes não cumpram os critérios requeridos para o diagnóstico de uma perturbação mental, poderão apresentar queixas que justifiquem a necessidade de cuidados, prevenindo a evolução do quadro patológico (Almeida, 2018).

Em regime de ambulatório, os utentes acompanhados apresentavam idades compreendidas entre os 25 e os 66 anos. Estes pacientes beneficiavam de intervenção psicomotora pós-alta por um período de 3 a 12 meses, conforme definido no plano terapêutico individual. Os utentes acompanhados em regime pós-alta serão descritos no capítulo III.

Caracterização das Perturbações Atendidas

Durante o estágio, a aluna em formação teve contacto com diversas perturbações mentais, sendo que as mais acompanhadas serão sucintamente descritas em seguida.

As **Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas** são caracterizadas por irregularidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado e sintomas negativos (APA, 2014).

Nas **Perturbações Bipolares**, a Perturbação Bipolar I diferencia-se da Perturbação Bipolar II pela presença de algum episódio anterior de mania. Para ser diagnosticada

Perturbação Bipolar II é necessário ter preenchido os critérios para episódio hipomaniaco e episódio depressivo, atuais ou passados (APA, 2014).

As **Perturbações Depressivas** têm como característica comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre elas são os aspetos de duração, momento ou etiologia. A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por alterações no afeto, na cognição, em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. Já a Perturbação Depressivo Persistente (Distímia), uma forma mais crónica de depressão, pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos (APA, 2014).

As **Perturbações de Ansiedade** compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas que se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistentes. A ansiedade encontra-se frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro, e comportamentos de cautela ou esquiva (APA, 2014).

As **Perturbações Dissociativas** são caracterizadas por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e comportamento. Dentro destas perturbações encontra-se a Perturbação de Despersonalização/Desrealização, caracterizada por experiências de irrealidade ou distanciamento da própria mente, de si ou do corpo e/ou distanciamento do ambiente ao redor (APA, 2014).

As **Perturbações da Alimentação e da Ingestão** são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Entre as quais encontram-se a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (APA, 2014).

As **Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas** abrangem 10 classes de drogas, entre as quais álcool e *Cannabis*. Todas as drogas que são consumidas em excesso ativam o sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. Indivíduos com baixo nível de autocontrolo são particularmente predispostos a desenvolver estas perturbações (APA, 2014).

As **Perturbações Neurocognitivas** são perturbações cujas características centrais são cognitivas, sendo estas perturbações adquiridas e representando assim um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente (APA, 2014).

As **Perturbação da Personalidade** referem-se a um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo. As dez perturbações da personalidade descritas encontram-se reunidas em três grupos com base nas semelhanças relatadas (APA, 2014).

As **Perturbações do Neurodesenvolvimento** abrangem défices de desenvolvimento, desde limitações específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais. A Incapacidade Intelectual é caracterizada por défices nas capacidades mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, a aprendizagem académica e a aprendizagem pela experiência (APA, 2014).

Intervenção Psicomotora nas Perturbações Atendidas

Em seguida são apresentados alguns dos principais objetivos da intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com as patologias suprarreferidas.

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações do Especto da Esquizofrenia**, deve ser promovido um programa de terapia psicossocial, movimento e redução do *stress* (Probst et al., 2010; Vancampfort et al., 2012).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações Bipolares**, importa promover o movimento, uma vez que estes utentes apresentam tendência ao sedentarismo, principalmente durante os episódios depressivos (Vancampfort et al., 2015).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações Depressivas**, é importante facultar experiências de sucesso que permitam reduzir sentimentos de ansiedade e tensão, potencializar a comunicação verbal, promover a resolução de problemas, incentivar a ativação do movimento, melhorar a autoimagem, autoconceito e autoestima (Knapen et al., 2003; Knapen et al., 2005). Nos utentes com depressão importa ainda ter objetivos individuais realistas, desenvolvendo estratégias de promoção do autoconceito e promovendo o dinamismo de grupo como meio de aprimorar estratégias de enfrentamento (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbação de Ansiedade**, os principais objetivos são a ativação do movimento, a melhoria da condição física, da sintomatologia depressiva, da autoestima e da sensação bem-estar (Probst et al., 2010).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações Dissociativas**, a exacerbações de sensações corporais através dos movimentos realizados é facilitadora da consciência corporal e sensorial por meio de uma abordagem integrativa e sem julgamento (Machorrinho et al., 2023).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações da Alimentação e da Ingestão**, os objetivos concentram-se no aspeto multidimensional da experiência corporal com três objetivos específicos: reconstruir uma autoimagem realista, desenvolver habilidades sociais e reduzir a hiperatividade, impulsos e tensões (Probst, et al., 2006; Probst et al., 2010). Deve ser promovido o autoconceito (Vancampfort et al., 2014; Probst & Diedens, 2017) e deve dar-se atenção à relação do utente com o seu próprio corpo devido à tendência para desconhecimento e/ou insatisfação corporal, atitudes e sentimentos, verificando a insatisfação que o utente sente face ao seu corpo ou a partes deste (Maximiano et al., 2005; Probst & Van de Villet, 2006).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas**, os objetivos são melhorar a condição física, o funcionamento social e a redução do desejo (Probst et al., 2010).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações Neurocognitivas**, pretende-se a reativação, ressocialização e a estimulação do funcionamento cognitivo e afetivo (Probst et al., 2010).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Perturbações da Personalidade**, o psicomotricista deve criar um ambiente no qual procura reestruturar as experiências da pessoa sob orientação terapêutica (Probst et al., 2010).

Na intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com **Incapacidade Intelectual**, deve ser promovida a comunicação verbal e não verbal e a interpretação correta das sensações corporais (Joshua et al., 2016).

III. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Este capítulo inicia-se com a descrição das atividades realizadas no estágio, a progressão das atividades realizadas, o nível de autonomia da estagiária e as experiências complementares de formação. Em seguida, será contextualizada a intervenção psicomotora no local de estágio, caracterizando os espaços de intervenção, especificando a tipologia das sessões e descrevendo a sessão-tipo. Posteriormente, são relatadas as etapas de intervenção e os instrumentos de avaliação utilizados. Este capítulo será concluído com uma breve descrição dos casos acompanhados e com os objetivos terapêuticos para os grupos que integravam.

Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular teve a duração de 9 meses, de outubro a junho, e realizou-se num serviço de psiquiatria de um hospital da região do Alentejo.

Primeiramente, a estagiária e a orientadora académica deslocaram-se às instalações de forma a conhecer a equipa multidisciplinar e os espaços do serviço de psiquiatria. Foi agilizado o início do estágio, o horário e o contexto no qual a Psicomotricidade seria incluída.

A aluna em formação começou por acompanhar a terapeuta ocupacional (TO) no Hospital de Dia de forma a integrar-se e a contextualizar-se com os utentes e as psicopatologias, realizando observação não-participada e participada das suas sessões. Porém, ainda no primeiro mês de estágio, esta resposta foi encerrada e a maioria dos utentes que a integravam teve alta. No seu lugar foram criados dois grupos terapêuticos, um em regime de internamento e o outro em regime de ambulatório pós-alta hospitalar.

Horário Semanal

O estágio decorria de segunda-feira a quinta-feira, sendo as manhãs direcionadas para a intervenção com o grupo terapêutico de utentes internados e as tardes para o grupo terapêutico pós-alta, como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1. Horário semanal

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
9h30	Passeio terapêutico	Passeio terapêutico	Reunião de equipa do internamento	Passeio terapêutico
10h30	Grupo terapêutico internamento Psicomotricidade	Grupo terapêutico internamento Terapia Ocupacional	Grupo terapêutico internamento Psicomotricidade	Grupo terapêutico internamento Terapia Ocupacional
12h30				
14h00	Grupo terapêutico pós-alta Terapia Ocupacional	Grupo terapêutico pós-alta Psicomotricidade	Grupo terapêutico pós-alta Terapia Ocupacional	Grupo terapêutico pós-alta Psicomotricidade
16h00				

A estagiária participava no Passeio Terapêutico, acompanhando os utentes internados que, sob permissão da equipa multidisciplinar, o poderiam integrar. Este realizava-se dentro dos limites exteriores do edifício sob a supervisão de técnicos e auxiliares do serviço de psiquiatria.

O acompanhamento de casos individuais realizou-se no horário das sessões de terapia ocupacional e após o término das sessões do grupo terapêutico pós-alta. Contudo, estes sofreram alterações associadas à disponibilidade dos espaços, incompatibilidade horária, dificuldades financeiras associadas ao deslocamento, mudança de residência, encaminhamento para outras terapias e ao abandono dos serviços prestados.

Nos restantes períodos realizava planeamentos de sessão e preparação das salas e dos materiais, reuniões com técnicos do serviço de psiquiatria e relatórios de sessão e de avaliação.

Calendarização das atividades de estágio

As principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Calendarização das atividades de estágio

Atividades	Mês								
	1.º mês	2.º mês	3.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês	7.º mês	8.º mês	9.º mês
Observação Não-Participada e Participada									
Avaliação Inicial									
Intervenção Psicomotora									
Seleção dos Estudos de Caso									
Elaboração do Projeto Terapêutico									
Avaliação Final									
Interpretação dos Resultados									
Reuniões de Equipa Multidisciplinar									

No primeiro mês, a estagiária realizou avaliação através da observação psicomotora dos utentes do Hospital de Dia de modo a planear as sessões de psicomotricidade. Uma vez que os utentes estavam a ser preparados para o término e para a alta, não foram utilizados instrumentos de avaliação formal.

No segundo mês, face à abertura do grupo terapêutico pós-alta e encaminhamento de casos, a aluna em formação realizou observação, enquadramento teórico das psicopatologias e investigação na área da psicomotricidade em saúde mental com adultos. Deste modo selecionou os instrumentos de avaliação, iniciando a avaliação e conseqüente interpretação dos resultados.

A seleção dos estudos de caso foi realizada no terceiro mês. Porém, face a recaída e conseqüente internamento, foi selecionado um novo estudo de caso no oitavo mês.

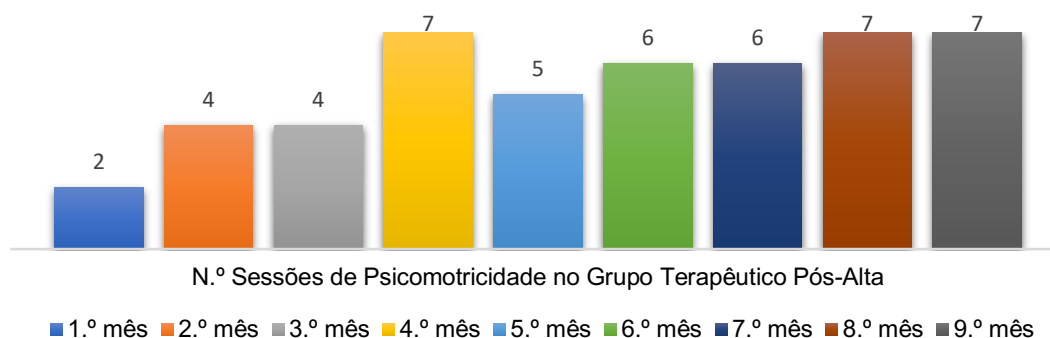
As avaliações finais realizaram-se na sequência das altas e face ao término do estágio.

Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia

Durante o primeiro mês de estágio, foi dinamizada uma sessão por semana com os utentes do Hospital de Dia à quinta-feira à tarde, com a duração de duas horas. No segundo mês, a par da abertura do grupo terapêutico pós-alta, passaram a ser dinamizadas duas sessões por semana.

No total foram dinamizadas quarente e oito sessões de psicomotricidade: duas sessões no primeiro mês, ainda na anterior resposta de Hospital de Dia; e quarente e seis sessões no grupo terapêutico pós-alta, encontrando-se a sua distribuição mensal na Tabela 3.

Tabela 3. Número de sessões dinamizadas no grupo terapêutico de utentes pós-alta



O número de sessões de psicomotricidade dependia da equipa multidisciplinar, uma vez que os utentes com credencial de transporte apenas podiam estar presentes quando se realizava um pedido interno, o qual a estagiária não tinha possibilidade de realizar. Esta situação verificou-se com maior regularidade particularmente no segundo e quinto meses de intervenção. No terceiro e sétimo meses de estágio, ocorreram as interrupções de Natal e Páscoa, motivo pelo qual se verificou uma diminuição do número de sessões face ao número previsto.

No grupo terapêutico de utentes internados, a progressão da autonomia decorreu em três fases. Na primeira fase, a aluna em formação realizou observação não-participada e participada nas sessões de terapia ocupacional. Um mês e meio após o início do estágio, passou a dinamizar uma sessão por semana com os utentes estabilizados. E, na terceira fase, a partir do quarto mês, realizou duas sessões por semana.

As sessões neste grupo terapêutico sofriam alterações decorrentes do prolongamento da reunião de equipa e dos horários de refeição e higiene dos utentes.

Atividades complementares de formação

Primeiramente, serão abordadas as atividades que decorreram no período de estágio, ou seja, as reuniões de equipa multidisciplinar, a observação participada e não-participada nas sessões de terapia ocupacional e as reuniões com a orientadora de estágio.

Nas **reuniões** da equipa multidisciplinar do internamento, que decorriam semanalmente às quartas-feiras no período da manhã, debatia-se sobre os utentes, a sua progressão, a gestão das altas e os encaminhamentos.

Nas **reuniões** da equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria, que decorriam mensalmente às quintas-feiras no período da manhã, debatia-se sobre a evolução clínica dos utentes acompanhados em consulta externa que poderiam beneficiar de internamento para esclarecimento do quadro clínico e ajuste da terapêutica, bem como a evolução dos utentes pós-alta hospitalar.

Estas reuniões permitiram à estagiária compreender os casos acompanhados, as patologias, os tratamentos e o encaminhamento entre profissionais, contribuindo para o desenvolvimento do espírito crítico e de capacidade de análise do utente de forma holística.

A **observação participada e não-participada** nas sessões de outros profissionais, nomeadamente de terapia ocupacional, contribuiu para o desenvolvimento de competências, constituindo momentos de aprendizagem e de aprofundamento de conhecimentos. Permitiu clarificar em que medida as sessões de terapia ocupacional e de psicomotricidade se diferenciam e complementam, bem como adquirir estratégias de intervenção e comunicação com os utentes.

Realizaram-se **reuniões com a orientadora académica**, as quais possibilitaram o esclarecimento de dúvidas e facultaram diretrizes de intervenção.

Em seguida, serão apresentadas as atividades pontuais realizadas por ordem cronológica.

No primeiro mês, a estagiária visitou uma APPACDM com a terapeuta ocupacional e uma utente de modo a encaminhá-la para uma nova resposta face ao término do Hospital de Dia. No mesmo mês, assistiu à sessão de divulgação de uma nova equipa a atuar no Alentejo, a qual apresentava resposta terapêutica ao domicílio nas áreas de psicologia, terapia ocupacional e segurança social. Ambas as visitas permitiram à aluna em formação conhecer as respostas disponíveis para os utentes.

No segundo mês, a aluna em formação participou no *Colóquio da Expressividade do Corpo*, com o tema “Práticas Psicocorporais na Clínica Psicomotora”, que decorreu no Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora e que contou com nomes como Anne Gatecel e Françoise Giromini.

No sétimo mês, a estagiária participou nas *II Jornadas de Psicomotricidade*, com o tema “A Mediação em Psicomotricidade: do Vínculo à Exploração”, que decorreu na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Ambas as participações permitiram aprofundar competências do âmbito técnico-científico, apostando assim na formação contínua e na atualização de conhecimentos, metodologias e abordagens. A parte prática destas formações foi fonte de vivências psicocorporais para a aluna.

Ao longo do estágio foram planeadas, organizadas e realizadas atividades exteriores, juntamente com a terapeuta ocupacional, tais como visitas ao Jardim Público de Évora e ao Museu Nacional Frei Manuel do Cenáculo.

No sétimo mês de estágio, ocorreu a divulgação do trabalho desenvolvido em ambos os grupos terapêuticos, realizado pela terapeuta ocupacional e pela estagiária de psicomotricidade, à equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria. A apresentação permitiu clarificar a

intervenção psicomotora na saúde mental do adulto, originando três encaminhamentos, por parte dos médicos assistentes, para avaliação do perfil psicomotor.

No último mês, a aluna em formação participou na formação intitulada “Utente com Incapacidade Intelectual: Estado de Arte” dinamizada pelo psiquiatra Dr. João Paulo Albuquerque e destinada a trabalhadores da área da saúde que prestem cuidados a esta população.

Intervenção psicomotora no local de estágio

De modo a esclarecer a organização da intervenção psicomotora no local de estágio são apresentadas as duas respostas terapêuticas disponibilizadas no serviço de psiquiatria, a do grupo terapêutico de utentes internados e a do grupo terapêutico pós-alta de internamento psiquiátrico.

Tipologia das sessões

Em ambos os grupos terapêuticos, os utentes participavam em atividades planeadas com vista à concretização dos objetivos terapêuticos transversais aos elementos que os integravam, sendo realizadas atividades individuais quando se verificava pertinência.

O grupo terapêutico pós-alta pretendia dar resposta aos utentes que se encontravam internados recentemente e que, após encaminhamento, integravam o grupo. As sessões decorreram no ginásio, de segunda a quinta-feira entre as 14 e as 16 horas. Este grupo conta com sessões de terapia ocupacional às segundas e quartas-feiras e de psicomotricidade às terças e quintas-feiras. A frequência foi ajustada de acordo com o plano de reabilitação de cada utente. A lotação era de 6 a 8 utentes podendo ser extensível dependendo das necessidades globais do grupo. A duração do programa era de 3 a 6 meses, sendo possível prolongar até 12 meses conforme a evolução do utente e a pertinência da intervenção.

Alguns dos objetivos globais do grupo terapêutico pós-alta eram: reduzir a taxa de recaída dos utentes, facilitar a adesão à terapêutica, fomentar a compreensão da doença mental, promover a reabilitação psicossocial e o regresso no mercado de trabalho.

O grupo terapêutico do internamento destinava-se aos utentes que, após encaminhamento pela equipa multidisciplinar, podiam beneficiar de intervenção terapêutica. As sessões decorriam na sala multiusos ou no ginásio, entre as 10h30 e as 12h30, de segunda a quinta-feira. Este grupo contava com sessões de psicomotricidade às segundas e quartas-feiras e de terapia ocupacional nos restantes dias. A lotação era de 6 a 8 utentes, podendo ser extensível de acordo com as necessidades globais do grupo.

Espaços de intervenção

A intervenção psicomotora decorreu, sobretudo, no ginásio e na sala multiusos.

O ginásio encontra-se junto ao internamento e é o único espaço utilizado para consultas em regime de ambulatório ou de internamento. É um espaço amplo que inclui um gabinete, no qual se realizam entrevistas e consultas com utentes e familiares, e que conta com casa de

banho, arrecadação e cozinha. Nesta sala, encontram-se mesas e cadeiras, materiais expressivos, um espelho de grandes dimensões, arcos e bolas de diferentes tamanhos, cores e texturas, entre outros materiais.

A sala multiusos, à qual se acede pela sala de estar do internamento, foi utilizada para as reuniões da equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria, para as sessões de relaxação e para sessões do grupo terapêutico de utentes internados. Esta sala foi, também, utilizada para a realização de avaliações e sessões individuais. Neste espaço encontrava-se um quadro branco e marcadores, mesas, cadeiras, leitor de CD's e colchões utilizados para a relaxação. Por ter menores dimensões e menos janelas, tornava-se contentor e facilitava a adequação da luz.

Porém, face às verbalizações perturbadas dos utentes acompanhados em regime ambulatório por terem que atravessar a sala de estar do internamento, o número de sessões realizadas neste espaço foi reduzindo.

Descrição da sessão-tipo

As sessões, tanto no grupo terapêutico do internamento como no grupo terapêutico pós-alta, tinham a duração de 120 minutos, tempo pré-estipulado pela equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria.

As sessões em grupo, ao juntar indivíduos que enfrentam dificuldades e sintomas semelhantes, permitem reduzir o isolamento associado ao estigma (Oltmanns & Emery, 2015).

Em ambos os grupos as sessões seguiam a mesma estrutura. A rotina cria um espaço seguro para os utentes, permitindo que antecipem a intervenção e regulem as suas emoções (Rodríguez & Llinares, 2008).

As sessões começavam com um diálogo inicial, que decorria nos primeiros minutos da sessão. Neste momento, procurava-se saber como é que os utentes se sentiam e realizava-se uma retrospeção da sessão anterior. Desta forma, além dos utentes recordarem a informação, a estagiária percebia as atividades que os marcaram e os motivos, permitindo adequar as atividades e observar a progressão e consciencialização dos utentes.

De seguida, realizava-se uma breve explicação do que iria decorrer ao longo da sessão, enquadrando os utentes nas atividades planeadas e nos objetivos da sua realização. Se necessário, havia ajuste nas atividades face aos utentes presentes e à sua motivação, podendo haver negociação de atividades, da ordem ou dos tempos das mesmas. Dada a longa duração das sessões de grupo, era importante gerir expectativas, alinhar e negociar atividades, percebendo e tendo em conta os interesses e motivações do grupo.

As atividades diferiam entre os grupos consoante as necessidades, características e objetivos terapêuticos para os utentes. Em grupo, a participação do utente transmite-lhe a sensação de pertença e de colaboração, permitindo-lhe desenvolver habilidades sociais. As atividades eram selecionadas face aos requisitos dos elementos do grupo e com base nas suas capacidades e recursos, de modo que todos usufruíssem, sem criar pressão no desempenho.

Na intervenção realizada com o grupo de utentes internados, as atividades priorizavam o estabelecimento de relações empáticas que permitissem aos utentes confiar no grupo e

exteriorizar os seus sentimentos e pensamentos, combatendo o isolamento e fomentando a sensação de pertença e inclusão. As atividades em grupo e as atividades expressivas eram as mais mencionadas pelos utentes e nas quais se observavam mais progressos.

Na intervenção realizada com o grupo de utentes pós-alta, as atividades apresentavam maior grau de complexidade. Apesar de os utentes apresentarem preferência por atividades mais curtas, a duração e a exigência das mesmas foram progressivamente aumentando à medida que o grupo apresentava tolerância.

Em ambas os grupos, realizavam-se atividades de promoção de relações interpessoais e socialização, promovendo competências como assertividade, resolução de problemas, gestão de conflitos, planeamento e execução. Dinamizavam-se atividades de para estimulação de algumas funções cognitivas e de expressão criativa, desenvolvendo as capacidades pessoais e sociais do utente e combatendo o estigma e a solidão.

Como atividades de recurso, isto é, quando as atividades planeadas se concretizavam antes do tempo previsto, realizavam-se jogos terapêuticos nos quais se promovia a dinâmica de grupo, a regulação social, o cumprimento de regras, a adequação da expressão, a tolerância à frustração e a gestão de emoções. Eram realizadas atividades sugeridas ou planeadas pelos utentes e propostas aos restantes elementos do grupo, desenvolvendo o planeamento de atividades, a sequencialização de tarefas, a resolução de problemas, o desenvolvimento de capacidades comunicativas e a organização espaciotemporal.

Através de exercícios de respiração, de *mindfulness*, de automassagem ou massagem com recurso a mediadores e/ou movimentos ao som de música progressivamente mais calma e baixa, decorria um momento de retorno à calma, o qual visava a redução da atividade corporal e do estado de alerta; e promovia a consciencialização corporal, a regulação do estado tónico e a adequação dos ritmos internos.

Em seguida, ocorria a reflexão, na qual se pretendia que o utente exteriorizasse e representasse o que sentiu e vivenciou durante as atividades e sobre a forma como se sentiu no decorrer das mesmas (Rodríguez & Llinares, 2008).

Constatou-se que a maioria dos utentes dava preferência à representação através de mediadores expressivos, com recurso a desenhos ou textos. Posteriormente, decorria um momento dedicado à partilha e às reflexões em grupo. Segundo Maximiano (2004), a verbalização favorece a tomada de consciência para a vida intrapsíquica.

Verificou-se que, de um modo geral, os utentes com mais capacidades cognitivas e comunicativas davam preferência à reflexão verbal e à discussão em grupo. Assim, os tempos atribuídos a cada uma das partes eram ajustados aos utentes presentes na sessão.

Esta reflexão decorria antes da relaxação por se ter confirmado maior capacidade mnésica para realizar uma reflexão mais aprofundada.

Face à pertinência comprovada junto da população com perturbações psiquiátricas, bem como à célere solicitação da utilização do método pela equipa do serviço de psiquiatria, optou-se pela inclusão da relaxação progressiva de Jacobson nas sessões.

No diálogo final, consolidavam-se os principais objetivos das atividades realizadas, procurando saber aquilo que os utentes retiveram e experienciaram. Este momento visava unificar, organizar e atribuir valor ao que foi vivenciado, procurando promover a transferência das aprendizagens para a vida quotidiana.

O processo de consciencialização e de mentalização durante as sessões é uma das principais valências e deve ser estimulado pelo terapeuta (Probst et al., 2010; Probst, 2017). A reflexão sobre as vivências corporais experienciadas pretende que o utente realizasse uma autointerpretação das sensações vivenciadas (Maximiano, 2004).

Este momento fornecia informações sobre as técnicas e mediadores que fomentavam o interesse e a motivação dos utentes, sendo-lhes solicitado que seleccionassem a atividade que mais lhes agradou e/ou desagradou, fundamentando a sua opinião. As respostas eram acolhidas tendo em consideração as queixas psicossomáticas do utente.

Descrição das etapas da intervenção

O encaminhamento era realizado pelo médico assistente e/ou pela equipa multidisciplinar. Para a integração nos grupos terapêuticos era realizada uma verificação dos critérios de inclusão e benefícios para o utente.

Em seguida, procedia-se à recolha de dados, tais como história pessoal e clínica, através da realização de uma entrevista. Em articulação entre a equipa e o utente, definia-se a frequência e os objetivos gerais da intervenção, de modo a envolver a pessoa no plano terapêutico.

A entrevista é essencial para tomar conhecimento do motivo do encaminhamento, do contexto de vida atual e das dificuldades que o utente encontra. Este momento permite também observar as funções psicomotoras, cognitivas, relacionais e ambientais (APP, 2021; Giromini et al., 2022).

A avaliação psicomotora iniciava-se com base na observação e com recurso a instrumentos de avaliação informal. Com base na informação recolhida e tendo em conta o utente e as suas problemáticas, averiguavam-se os instrumentos de avaliação formal mais pertinentes, sendo estes aplicados após o estabelecimento de relação terapêutica.

É observando as manifestações do utente que o psicomotricista se ajusta, reforçando a criação de uma relação terapêutica com o utente e com o ambiente (Giromini et al., 2022).

A observação e a avaliação formal e informal são essenciais para delinear os objetivos e averiguar a eficácia da intervenção (Probst, 2017; Giromini et al., 2022). A avaliação, qualitativa e/ou quantitativa, permite ao psicomotricista estabelecer um diagnóstico psicomotor e ter uma representação global do desenvolvimento e do comportamento social do paciente (Giromini et al., 2022).

A partir dos resultados obtidos na avaliação era realizado o projeto terapêutico, tendo em consideração o perfil intra-individual do indivíduo. Assim, a intervenção psicomotora ocorre tendo em conta as suas necessidades e características e com vista ao alcance dos objetivos estabelecidos. Durante a intervenção, é realizada avaliação contínua com base na observação, de modo a reajustar os objetivos e/ou projeto terapêutico caso seja pertinente.

O psicomotricista, através do diagnóstico psicomotor obtido na avaliação, obtém dados que o auxiliam na formação do projeto terapêutico, o qual contempla os objetivos da intervenção e as técnicas e metodologias a serem utilizadas (APP, 2021; Giromini et al., 2022).

Por fim, realizava-se a avaliação final na qual o utente era reavaliado com os mesmos instrumentos que foram usados inicialmente. Os resultados de ambas as avaliações foram comparados e discutidos, averiguando os progressos quantitativos e qualitativos, bem como a pertinência da intervenção psicomotora.

Através dos relatórios de avaliação e de progressão terapêutica, é possível averiguar a qualidade e a pertinência da intervenção psicomotora implementada (APA, 2021).

Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados

Inicialmente, a avaliação psicomotora foi planeada com três instrumentos de avaliação, a Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy, a Bateria Psicomotora e o Draw a Person.

Porém, como subsistiram questões relacionadas com a sintomatologia reportada pelos utentes e com o constructo da alexitimia, foram adicionados dois instrumentos de avaliação: a Symptom Checklist-90-Revised e a Toronto Alexithymia Scale – 20.

Com utentes seniores, a avaliação formal do perfil psicomotor foi realizada com recurso ao Exame Geronto-Psicomotor. Em caso nos quais se denotavam alterações cognitivas, foi aplicado o Mini-Mental State Examination e/ou o Montreal Cognitive Assessment.

Para descrever o funcionamento do utente, foi utilizada a Semiologia Psicopatológica de Correia et al. (2014). Esta era utilizada comumente por médicos, enfermeiros e outros técnicos, permitindo uma exposição padronizada do estado do utente.

Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

Segundo Probst (2017), a observação disponibiliza informações sobre aspetos psicossociais do funcionamento, permite avaliar características perturbadas da personalidade, identifica situações de movimento e fornece indicações para os objetivos da intervenção.

A Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT), desenvolvida por Van Coppenolle et al. (1989), é composta por nove categorias de objetivos importantes para a intervenção com utentes acompanhados em serviços de psiquiatria. Esta escala apresenta fiabilidade e possibilita a realização de um relatório padronizado e estruturado (Van Coppenolle et al., 1989).

Em seguida serão desenvolvidas as nove categorias que compõem esta escala. As relações emocionais apuram a capacidade do utente se relacionar apropriadamente com o grupo e o terapeuta; a autoconfiança observa a capacidade de se mover independentemente do grupo; a atividade observa a participação ativa do utente nas atividades; a relaxação retifica o nível de tensão muscular do utente; o controlo do movimento verifica o nível de domínio sobre estes; a atenção focalizada averigua o grau de concentração do utente e o envolvimento nas atividades; a expressividade do movimento confere a expressão corporal dos movimentos, posturas e

expressões faciais; a comunicação verbal estuda o estabelecimento de contacto verbal adequado à situação e a regulação social confirma se o utente apresenta comportamento apropriado e cumpre as regras de forma adequada (Van Coppenolle et al., 1989).

Como o comportamento de um utente psiquiátrico pode apresentar-se em excesso ou em défice, para cada categoria foi estabelecida uma escala de 7 pontos, de -3 a +3, indicando num extremo um comportamento perturbado e no outro extremo o comportamento oposto, igualmente perturbado. A pontuação mediana, isto é, 0 pontos, corresponde ao comportamento não perturbado (Van Coppenolle et al., 1989).

Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM), de Vítor da Fonseca (2010), consiste num conjunto de tarefas que possibilitam a identificação de sinais funcionais atípicos ou desviantes, a análise dos fatores psiconeurológicos subjacentes e a deteção de problemas de aprendizagem. A sua aplicação pode levar 30 a 40 minutos.

Segundo Fonseca (2010), os sete fatores psicomotores que englobam a atividade mental expressa na motricidade são: tonicidade, equilibração, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina.

Cada um dos fatores psicomotores suprarreferidos é dividido em subfatores que são medidos de 1 a 4 pontos segundo o nível de realização, atendendo a critérios de cotação definidos. A pontuação menor corresponde a uma ausência de resposta ou realização imperfeita, incompleta ou inadequada; e a pontuação maior corresponde a uma realização precisa com facilidade de controlo. A cotação de cada fator é obtida através da média arredondada dos subfatores que a compõem (Fonseca, 2010).

Assim, a BPM tem pontuação total mínima de 7 pontos e máxima de 28 pontos. A pontuação total de 7 e 8 pontos corresponde a um perfil psicomotor apráxico; entre 9 e 13 pontos aponta um perfil psicomotor dispráxico; entre 14 e 21 pontos revela um perfil psicomotor eupráxico; e a partir de 22 pontos indica um perfil psicomotor hiperpráxico (Fonseca, 2010).

Por inexistência do material necessário, não se realizou a subtarefa *evolução no banco*, inserida no fator equilibração. A subtarefa *desenho do corpo*, inserida no fator noção do corpo, não se realizou uma vez que foi aplicado o instrumento *Draw a Person*.

Draw a Person

O *Draw a Person* (DAP), desenvolvido por Naglieri (1988), é um instrumento que solicita a realização de três desenhos – um homem, uma mulher e o próprio, um desenho por folha e cada um com o tempo máximo de realização de cinco minutos.

Este instrumento apresenta um sistema de pontuação quantitativa composto por catorze critérios que correspondem a ligações, vestuário e doze partes do corpo. Cada critério é cotado conforme a sua presença, detalhes, proporção e ponto bônus, atribuído se todos os critérios anteriores forem creditados. A pontuação máxima de cada desenho é de 64 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação final melhor será a noção do corpo (Naglieri, 1988).

Segundo Fonseca (2010), o desenho do corpo permite avaliar a representação do corpo vivido, refletindo o nível de somatognosia e a experiência psicoafetiva. São procurados sinais disfuncionais de forma, proporção, estruturação gráfica, geometrização, simbolização cinética e pobreza ou ausência de pormenores anatómicos, com foco nas extremidades, face e ligações.

Symptom Checklist 90 - Revised

O *Symptom Checklist 90 - Revised* (SCL-90-R), desenvolvido por Derogatis, é um questionário de autoavaliação composto por 90 sintomas que permite medir problemas psicológicos e queixas sintomáticas médicas e psiquiátricas. Demora aproximadamente 15 minutos a ser preenchido e pode ser aplicado individualmente ou em grupo (Derogatis & Fitzpatrick, 2004).

Os sintomas são agrupados em nove dimensões: a somatização revela a angústia derivada de percepções corporais; a obsessivo-compulsivo expressa sintomas obsessivo-compulsivos; a sensibilidade interpessoal demonstra sentimentos de equidade e inferioridade pessoais em comparação com outros; a depressão manifesta sintomas depressivos; a ansiedade mostra sintomas de ansiedade e tensão; a hostilidade exprime sintomas de afeto negativo, agressão e irritabilidade; a ansiedade fóbica transparece sintomas de medos persistentes como resposta a condições específicas; a ideação paranoica traduz sintomas do pensamento projetivo, desconfiança e medo da perda de autonomia; e psicoticismo que surge evidências de psicose (Úrban et. al., 2016).

Tendo em consideração as últimas duas semanas, o utente atribui a cada sintoma a frequência que considera adequada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 0 a 4 pontos, correspondentes a “Nunca”, “Pouco”, “Moderadamente”, “Bastante” e “Extremamente”, respetivamente (Urbán et al., 2016).

A pontuação de uma dimensão é conseguida através da divisão do somatório dos itens que a compõem pelo número de itens respondidos. O SCL-90-R está validado e apresenta confiabilidade (Derogatis & Fitzpatrick, 2004).

Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Batista, tendo sido tomados como referência os valores normativos por ele apurados (Chincalece, 2009).

Toronto Alexithymia Scale

A *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), desenvolvida por Taylor et al. (1985) e reduzida para 20 itens pelos mesmos autores (Bagby et al., 1994), é uma escala que permite medir a alexitimia, averiguando as dificuldades ao nível da compreensão, processamento e descrição de emoções (Taylor et al., 1985). O constructo da alexitimia surge como fator de risco de personalidade para perturbações psiquiátricas e psicossomáticas (Bagby et al., 1994; Taylor, 1994; Prazeres et al., 2000).

Encontra-se adaptada para a população portuguesa por Prazeres et al. (2000), apresentando consistência, precisão e validade.

Os vinte itens que compõem esta escala encontram-se divididos em três fatores. O primeiro fator combina as dificuldades em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da ativação emocional, o segundo fator corresponde às dificuldades em descrever os sentimentos aos outros e o terceiro fator é referente ao estilo de pensamento orientado para o exterior (Prazeres et al., 2000).

O utente regista o grau de concordância com cada um dos itens, segundo uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, de 1 a 5, correspondentes a “Discordo totalmente”, “Discordo em parte”, “Nem concordo nem discordo”, “Concordo em parte” e “Concordo totalmente”, respetivamente (Prazeres et al., 2000).

O resultado de cada fator e da escala é obtido através do somatório dos itens, sendo que cinco são cotados de forma inversa (itens 4, 5, 10, 18, 19). A pontuação global permite categorizar os utentes em baixa alexitimia, perante pontuações iguais ou inferiores a 51 pontos; alexitimia moderada, em pontuações entre 52 e 60 pontos; e elevada alexitimia, para pontuações iguais ou superiores a 61 pontos (Prazeres et al., 2000).

Exame Geronto-Psicomotor

O Exame Geronto-Psicomotor (EGP), desenvolvido por Michel et al. (2011), avalia competências psicomotoras em sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos. Através da interpretação dos resultados obtidos, permite estabelecer um diagnóstico psicomotor, orientando a intervenção psicomotora e verificando a sua eficácia.

Este instrumento encontra-se adaptado e validado para a população portuguesa por Morais et al. (2016), apresentando fiabilidade e contribuindo para a deteção precoce de declínio cognitivo e motor.

É constituído por 17 domínios que fornecem informações sobre três áreas: prevalência motora, prevalência cognitiva e constrangimentos físicos. A prevalência motora inclui os domínios: *Equilíbrio estático I, Equilíbrio estático II, Equilíbrio dinâmico I, Equilíbrio dinâmico II e Motricidade fina dos membros inferiores*. A prevalência cognitiva engloba os domínios: *Motricidade fina dos membros superiores, Praxias, Conhecimento das partes do corpo, Vigilância, Memória perceptiva, Domínio espacial, Memória verbal, Perceção, Domínio temporal e Comunicação*. Por fim, os constrangimentos físicos contemplam a *Mobilização articular dos membros superiores e a Mobilização articular dos membros inferiores* (Morais et al., 2021).

Cada domínio pode variar entre 0 e 6 pontos, sendo a pontuação atribuída segundo critérios de cotação da performance do utente, na qual a pontuação mais alta corresponde a baixo risco de comprometimento psicomotor. O resultado de cada domínio reflete o nível de comprometimento psicomotor em três níveis: baixo (0 a 2 pontos), médio (2,1 a 4 pontos) e alto (4,1 a 6 pontos). A pontuação final é obtida através do somatório dos domínios, sendo a pontuação máxima 102 pontos (Morais et al., 2021).

A sua administração é individual e a sua aplicação pode ser realizada em uma vez, com a duração aproximada de 60 minutos, ou pode ser dividida em duas vezes (Michel et al., 2011).

Mini-Mental State Examination

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE), desenvolvido por Folstein et al. (1975) é um questionário direto que permite realizar um exame do estado mental cognitivo essencial na avaliação de indivíduos com perturbações psiquiátricas e em seniores, rastreando défice cognitivo e demência. A sua validade e confiabilidade estão documentadas pelos seus autores.

O MMSE foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), sendo que a sua aplicação requer cinco a dez minutos e a cada questão correta é atribuído um ponto, apresentando pontuação máxima de 30 pontos.

Contém trinta questões organizadas em seis domínios: orientação espacial e temporal, retenção de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras, linguagem, que inclui questões de nomeação, repetição, compreensão e escrita; e capacidade construtiva (Guerreiro et al. 1994).

Segundo Santana et al. (2016) o desempenho é influenciado pela idade e pela escolaridade. Os valores de corte na população portuguesa para deteção de défice cognitivo apurados por Morgado et al. (2009) são 22 pontos para literacia até 2 anos, 24 pontos para literacia de 3 a 6 anos e 27 pontos para literacia igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

Montreal Cognitive Assessment

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) foi desenvolvido por Nasreddine et al. (2005) e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Freitas et al. (2011).

A sua aplicação demora cerca de 10 minutos e permite a deteção de défice cognitivo ligeiro associado a alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento e que podem ser manifestações clínicas de demência (Freitas et al., 2010).

Este instrumento avalia oito domínios cognitivos: as habilidades visuo-espaciais e funções executivas, a nomeação, a memória, a atenção, a linguagem, a abstração, a evocação diferida e a orientação espacial e temporal (Nasreddine et al., 2005).

A cada item respondido corretamente é atribuído um ponto, sendo a pontuação máxima trinta pontos. O ponto de corte para défice cognitivo ligeiro na população portuguesa é 22 pontos (Freitas et al., 2014).

O MoCA, ao apresentar tarefas mais exigentes e complexas, detetou 90% dos indivíduos com défice cognitivo ligeiro quando comparado com o MMSE, que apresentou uma sensibilidade de 18% (Aggarwal & Kean, 2010).

Semiologia Psicopatológica

Segundo Correia et al. (2014), a descrição psicopatológica deve ser organizada à luz de treze termos que podem comprometer o funcionamento do indivíduo.

A consciência refere-se ao estado no qual o indivíduo está ciente face a si próprio e ao meio envolvente. A atenção, relativa à orientação da atividade psíquica face a um estímulo, objeto ou evento. A orientação abrange a capacidade do utente de identificar e de se situar no tempo, espaço, autopsíquica e alopsíquica. A memória engloba as competências para fixar,

preservar e recordar informação e experiências. A percepção aglomera as distorções sensoriais e as falsas percepções. O discurso e linguagem integram as alterações orgânicas e as alterações funcionais. O pensamento inclui alterações do curso, da forma, da posse e do conteúdo. As vivências do Eu compreendem as alterações da consciência da existência e atividade, unidade, identidade e continuidade, e dos limites do Eu. O humor, emoção e afetos tendo em consideração as suas alterações qualitativas e quantitativas. A vontade, impulsividade e comportamentos agressivos em torno de três conceitos: a energia vital, a motivação e a vontade. A motricidade enquadra as alterações dos movimentos espontâneos, os movimentos anormais induzidos, as alterações da postura e os efeitos extrapiramidais derivados da medicação psiquiátrica. A vida instintiva do Eu refere-se ao sono, ao comportamento alimentar e ao comportamento sexual. O insight, ou consciência para a doença, assume três componentes: o conhecimento da doença, a compreensão dos seus efeitos e a atitude do utente perante esta (Correia et al., 2014).

Descrição dos casos acompanhados

Em seguida serão brevemente apresentados sete casos acompanhados que beneficiaram de intervenção em grupo terapêutico pós-alta. Os utentes serão descritos conforme a ordem de ingresso no grupo, progredindo de intervenção em hospital de dia ou internamento.

Apesar de terem sido acompanhados mais casos, tanto em grupo como individualmente, os mesmos não serão relatados uma vez que não se obteve consentimento informado.

Da anterior resposta terapêutica, o Hospital de Dia (HD), progrediram os utentes MD e PD. Após internamento, no qual beneficiaram de sessões de terapia ocupacional às quais a estagiária observou, integraram o grupo desde a data da sua abertura, no início do segundo mês de estágio, os utentes IS, JC e ARE (Estudo de Caso II). Posteriormente progrediram do grupo terapêutico do internamento, no qual já beneficiaram de intervenção psicomotora, para o grupo terapêutico pós-alta, a utente FS no terceiro mês de estágio, o utente AM (Estudo de Caso I) e os utentes PC e DP no oitavo mês de estágio. Assim, os utentes estão distribuídos na Tabela 4.

De reforçar que, a par dos casos descritos neste capítulo, o grupo continha os Estudos de Caso apresentados individualmente nos próximos capítulos.

Tabela 4. Utentes no grupo terapêutico pós-alta ao longo dos meses de estágio

		Meses de Estágio									
		1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	7.º	8.º	9.º	
Utentes	MD	HD				Drop Out					
	PD	HD									
	IL	Internamento							Alta		
	JC								Reinternamento		
	ARE						Alta				
	FS	Internamento									
	AM	Internamento									
	PC							Internamento			
	DP							Internamento			

Durante o estágio houve um elemento que desistiu da intervenção em grupo, o utente MD, e duas utentes tiveram alta, as utentes IL e a utente ARE (Estudo de Caso II). O utente JC foi reinternado devido a agravamento da sintomatologia psiquiátrica, deixando de integrar o grupo. À data do término do estágio os utentes PD, FS, PC, DP e o utente AM (Estudo de Caso I) mantiveram a frequência no grupo terapêutico pós-alta.

Utente MD

O utente MD é um senhor de 63 anos que residia com a companheira e com o filho de ambos. Tendo realizado formação e atividade profissional em Arquitetura, encontrava-se reformado.

Acompanhado em Psiquiatria desde os 55 anos de idade, encontrava-se diagnosticado com Perturbação Bipolar I. O utente passou por diversos internamentos, quer por episódios depressivos quer por episódios maníacos. Apresentava antecedentes médicos de insuficiência renal, alterações da função tiroideia e dislipidemia.

A Perturbação Bipolar encontra-se comumente relacionada com a medicação para insuficiência renal (Miasso et al., 2011), com um aumento do risco de desenvolver hipotireoidismo (Cantilino et al., 2016), e apresentava elevada comorbilidade com dislipidemia (Barbosa et al., 2011).

Através de tomografia computadorizada e de ressonância magnética crânio-encefálica verificou-se padrão de atrofia global acentuada para a idade, predominantemente na área frontotemporal. Segundo Oliveira et al. (2015), a perturbação bipolar poderá apresentar progressão para demência frontotemporal.

No último episódio de internamento, o utente recorreu à urgência psiquiátrica do hospital devido a episódio depressivo grave e catatonia em contexto de abandono da terapêutica com debilidade física secundária à descompensação psiquiátrica. Por ausência de resposta clínica à terapêutica antidepressiva oral foi proposto para eletroconvulsoterapia resultando em melhoria clínica. Após cinco meses internado, o utente teve alta com indicação para frequentar o Hospital de Dia.

O primeiro contacto com a estagiária decorreu no primeiro mês de estágio, em contexto da observação das sessões de terapia ocupacional no Hospital de Dia, o qual o utente frequentava há cinco meses. Ainda neste contexto o utente frequentou duas sessões de psicomotricidade. O MD progrediu para o grupo terapêutico pós-alta por solicitação do seu médico assistente e após consentimento do utente.

Da avaliação inicial, o utente revelava um perfil psicomotor euprático (18 pontos) com pontuação inferior nos fatores: tonicidade, estruturação espaciotemporal e praxia fina. Com base na observação o utente MD apresentava-se com excesso de autoconfiança, apático e com falta de regras. No desenho do corpo a pontuação média dos desenhos foi de 30 pontos, constatando-se inconsistências no investimento dos desenhos, sendo o desenho do próprio o com pontuação mais elevada e mais investimento em detalhes que o caracterizam e que são frequentemente verbalizados pelo utente: óculos e artroses, as quais, segundo o utente, dificultaram a sua

prestação nas tarefas de motricidade fina. Face à sintomatologia, todos os valores à exceção da somatização e da hostilidade, encontram-se acima da média, sendo mais elevados os valores de obsessão-compulsão, depressão e ansiedade fóbica. O utente apresentava alexitimia elevada, predominando as dificuldades em identificar sentimentos.

Inicialmente o utente MD apresentava como áreas fortes a comunicação e a iniciativa nas atividades. Contudo, a sua adesão foi-se tornando precária e a sua postura foi-se alterando. Tornou-se progressivamente seletivo nas atividades a que aderiria, recusando-se a participar nas que continham algum tipo de bolas, não verbalizando o porquê desta recusa. Assim, mesmo quando o material foi retirado das sessões, os materiais com os quais se foi incompatibilizando foram progredindo, tornando-se cada vez mais seletivo. Deixou de participar nas atividades em movimento, apenas aderindo a atividades em que estava sentado. O utente apresentou frequentes alterações do humor (temperamento ciclotímico), distratibilidade, postura desafiante, heteroagressividade verbal e agitação psicomotora. A postura apresentada pelo utente era similar nas intervenções com a terapeuta ocupacional.

O utente frequentou duas sessões de psicomotricidade em Hospital de Dia e doze sessões no grupo terapêutico pós-alta. A sua assiduidade tornou-se progressivamente menor, fazendo *drop out* após quatro meses de intervenção. O processo do utente evidencia a sua baixa adesão terapêutica, tendo repetido o padrão e desistido do grupo.

Utente PD

O utente PD é um senhor holandês de 66 anos que residia sozinho. Com formação académica em Biologia e Ecologia, mudou-se para Portugal para trabalhar na área. Durante esse período nasceu a sua única filha a qual tinha 31 anos e encontrava-se a residir noutra distrito. O utente manifestava o interesse em reestabelecer contacto.

Seguido em Psiquiatria desde os 30 anos, diagnosticado com Perturbação Bipolar I caracterizada por ciclos rápidos e dificuldade de estabilização. Passou por internamentos, quer por episódios maníacos, marcados por humor eufórico com sintomas psicóticos; quer por episódios depressivos graves com anedonia, clinofilia, negligência da higiene, falta de motivação em realizar tarefas domésticas, anorexia, lentificação psicomotora, diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar, sentimentos de desvalorização e culpa, isolamento e problemas no contacto social.

Um ano antes do início do estágio passou por internamento psiquiátrico, na sequência de um episódio maníaco caracterizado por alterações do comportamento e incumprimento da medicação e do acompanhamento em consulta de psiquiatria. Teve alta com encaminhamento para Hospital de Dia, registo no qual a estagiária o conheceu, e progrediu para o grupo terapêutico pós-alta por solicitação do médico assistente e após consentimento do utente.

Da avaliação inicial conclui-se perfil psicomotor euprático (17 pontos) com pontuações inferiores ao nível da tonicidade, lateralização e noção do corpo. Com base na observação constatou-se que o utente era sub-relacionado, passivo, tenso, não envolvido nas atividades, apático e pouco comunicativo. Nos desenhos do corpo, a pontuação média foi de 30 pontos. O

PD apresentava baixa alexitimia. O utente reportava sintomas de somatização, obsessão-compulsão, depressão e ideação paranoide acima da média.

O utente estabeleceu relações emocionais com duas utentes do grupo, com idades próximas à da sua filha, tendo esta relação transitado para o contexto exterior à intervenção. Quando as utentes tiveram alta do grupo terapêutico, o que aconteceu com a diferença de um mês, a sua assiduidade do PD ficou comprometida. O utente referiu episódios depressivos marcados por clinofilia. Apesar de ter retomado a frequência, não aprofundou relações emocionais com os restantes elementos do grupo.

O utente apresentou dificuldade no treino da relaxação progressiva de Jacobson. As limitações auditivas apresentadas pelo utente e a barreira linguística, uma vez que o utente é holandês, poderão estar na origem desta dificuldade. Para a enfrentar, a estagiária colocava-se perto do utente, aumentava o volume e reduzia a velocidade da instrução e, sempre que necessário, recorria ao toque. Porém, mesmo quando o utente adquiriu conhecimento do método, manteve dificuldades em abandonar as tensões, com rigidez muscular, dificuldade em permanecer com os olhos fechados e sincinésias peribucais.

O utente PD apresentou postura adequada, realizando as atividades e respeitando o grupo, a estagiária e o espaço. A adesão a atividades motoras foi aumentando progressivamente, bem como o controlo dos movimentos e a consciência corporal.

O utente frequentou duas sessões de psicomotricidade em Hospital de Dia e trinta e uma sessões no grupo terapêutico pós-alta.

Da avaliação final, realizada face ao término do estágio, constataram-se que, apesar de mantendo um perfil psicomotor euprático se verificou uma subida de 4 pontos (21 pontos), melhorando o desempenho em todos os fatores psicomotores, à exceção da tonicidade. Através da observação apuraram-se progressos ao nível da regulação das relações emocionais, da atividade, da expressividade do movimento e da comunicação verbal. Nos desenhos do corpo o utente apresentou uma subida da média total de 11 pontos, melhorando a representação corporal e a consistência entre desenhos. O utente PD manteve alexitimia baixa. A nível da sintomatologia reportada, apresentou redução dos sintomas reportados, à exceção dos pertencentes à dimensão depressão.

Utente IL

A utente IL é uma senhora de 39 anos, solteira e sem filhos. Com o 6.º ano de escolaridade, teve empregos indiferenciados e encontra-se desempregada de longa data. Esteve emigrada em Inglaterra, onde estaria a residir num centro de reabilitação psiquiátrico. Sem registo do primeiro acompanhamento em psiquiatria, a utente alega início da sintomatologia aos trinta anos.

Regressou a Portugal, passando a residir com a irmã e os sobrinhos, tendo procurado retomar o acompanhamento para otimização terapêutica. A partir de consulta externa de psiquiatria no hospital, a utente ficou internada de forma a esclarecer o quadro clínico. A IL apresentava humor hipotímico, aspeto descuidado, emagrecimento, crenças de temática

hipocondríaca e *nihilitas*, insónias e pensamentos sobre a morte. Manifestava alucinações cenestésicas ou interpretação delirante de sensações reais, não ficando esclarecida a origem desta sintomatologia.

Como antecedentes familiares, a utente refere que a mãe e a irmã apresentam diagnóstico de depressão. Quanto a antecedentes médico-cirúrgicos surgem beta-talassemia, anemia e défice de ácido fólico. Segundo Vicente et al. (2018) as diminuições dos níveis de ácido fólico tendem a promover sintomatologia depressiva.

À data de alta do internamento apresentava remissão da sintomatologia, apresentando diagnóstico de Perturbação de Despersonalização/Desrealização e sendo encaminhada para a grupo terapêutico pós-alta, ingressando-o desde a abertura.

Na avaliação inicial constatou-se um perfil psicomotor eupráxico (19 pontos) com menor pontuação nas tarefas de estruturação espaciotemporal e lateralização. Através da observação, a utente IL apresentava-se sem confiança, passiva, sobre relaxada e não envolvida nas atividades. A pontuação média dos desenhos foi de 44 pontos. Foram reportados valores elevados de sintomatologia referente à obsessão-compulsão, depressão, ansiedade fóbica e psicoticismo. A utente apresentava alexitimia elevada, predominando a dificuldade em descrever sentimentos.

A utente IL, inicialmente mais isolada, com aspeto pouco investido, postura desconfiada e baixa iniciativa deu lugar a uma utente comunicativa, atenta e que formou duas relações emocionais significativas com utentes do grupo. Uma postura tensa deu lugar a uma capacidade de descontração, com interesse pela relaxação. Apresentou interesse para atividades progressivamente mais complexas, com aumento da iniciativa e da confiança. A utente verbalizou que, ao sentir-se mais conectada com o seu corpo, redescobriu o seu gosto por dançar. Face à alta de uma utente com a qual estabeleceu uma relação significativa, a IL procurou focar-se na sua alta.

A utente ingressou um curso no Instituto do Emprego e Formação Profissional com horário sobreponível com o do grupo terapêutico pós-alta, motivo pelo qual teve alta.

Da avaliação final, realizada ao fim de cinco meses de intervenção nos quais a utente frequentou um total de 22 sessões de psicomotricidade, constataram-se melhorias na estruturação espaciotemporal e na praxia fina, subindo dois pontos e mantendo o perfil psicomotor eupráxico (21 pontos). A pontuação média dos desenhos foi 54 pontos. O desenho da própria obteve, novamente, a pontuação mais baixa, o que é congruente com o seu diagnóstico. Apuraram-se progressos ao nível da autoconfiança, atividade, relaxação, atenção focalizada e regulação social. A utente continuava a apresentar alexitimia elevada, apesar de ter reduzido. Apurou-se um aumento global da sintomatologia reportada, particularmente nas dimensões de somatização, ansiedade fóbica e psicoticismo.

Pela postura apresentada, pelas verbalizações da utente face à saída do grupo terapêutico pós-alta e pelo início da formação, o seu desempenho na avaliação final pode ter sido comprometido.

Utente JC

O utente JC é um senhor de 61 anos, divorciado e sem filhos, que reside sozinho. Com formação superior em agronomia, área na qual lecionou, encontrava-se reformado por invalidez há mais de dez anos.

Seguido no serviço de psiquiatria desde 2007 com diagnóstico de Esquizofrenia, o utente contava com, pelo menos, treze internamentos psiquiátricos. À data do início do estágio encontrava-se internado, tendo dado entrada após ter conduzido em contramão em uma autoestrada em Espanha. O JC foi intercetado pela *Guardia Civil* que o transportou ao serviço de urgência onde se apurou presença de cocaína e canabinoides. Por ausência de crítica, recusa de tratamento e possibilidade de constituir perigo para o próprio e para terceiros foi internado para tratamento involuntário, no qual foi reinstituída terapêutica antipsicótica. No internamento o utente apresentou discurso centrado em temáticas espirituais e sexuais com ideação delirante de cariz erótico, místico e de grandeza.

Teve alta durante o segundo mês de estágio, integrando o grupo terapêutico pós-alta desde a sua abertura.

Na avaliação inicial averiguou-se perfil psicomotor euprático (18 pontos) com pontuação inferior nas tarefas de tonicidade, equilíbrio e praxia fina. Observou-se que o utente é sobre relacionado, com excesso de confiança, hiperativo, tenso, realiza movimentos descontrolados, sobre envolvendo-se nas atividades sendo muito comunicativo e obsessivo com regras. A pontuação média dos desenhos foi 38 pontos, constatando-se traço irregular devido a pseudoparkinsonismo decorrente do efeito extrapiramidal secundário ao uso de psicofármacos, o qual também comprometeu o desempenho nas tarefas de praxia fina. O utente apresentou baixa alexitimia. Na sintomatologia apresentou níveis acima da média para somatização, ansiedade, depressão e psicoticismo.

O utente apresentava adesão e motivação. O humor depressivo inicialmente presente, tornou-se congruente com as situações. O utente adequou o débito verbal e o conteúdo do discurso, tornou-se progressivamente mais envolvido nas atividades e com o grupo. Com reservas cognitivas, criatividade e iniciativa, contribuiu para a motivação dos outros utentes. Verificaram-se também melhorias qualitativas ao nível da tonicidade e da praxia fina, com maior controlo sobre o estado tónico e com diminuição dos tremores.

Apesar da progressão terapêutica apresentada, o utente não retomou as sessões após o período de interrupção realizado na Páscoa. Pela proximidade ao dia 13 de maio, data associada à ideação delirante de cariz religiosa frequentemente manifestada pelo utente, estimou-se agravamento do quadro clínico. Como o utente se encontrava sem adesão terapêutica, uma vez que não compareceu à administração da medicação antipsicótica injetável, e que estava em tratamento involuntário, decorreu um mandado de busca. O utente foi transportado ao serviço de urgência do hospital do qual resultou internamento por se comprovar ideação delirante e ausência de crítica para a situação.

Decorrente dos efeitos extrapiramidais dos psicofármacos reinstituídos durante o internamento, o utente apresentava sonolência, diminuição do tônus muscular, lentificação

psicomotora, discurso desorganizado, aprosodia e bradifemia. Face à manutenção do quadro clínico até à conclusão do estágio, o utente não apresentou critério nem adesão para retomar a intervenção psicomotora no grupo terapêutico de utentes internados.

O utente frequentou dezoito sessões de psicomotricidade no grupo terapêutico pós-alta, nas quais, por observação e avaliação, se verificaram melhorias. Constatou-se adequação nas relações emocionais, atividade, relaxação, atenção focalizada, comunicação verbal e regulação social. Face à sua adesão e aos benefícios adquiridos durante a intervenção, constatou-se a importância de retomar os grupos terapêuticos após melhoria do quadro clínico e como forma de controlo e supervisão do agravamento do quadro clínico.

Utente FS

A utente FS é uma senhora de 50 anos que reside com o marido e as filhas. Com o quarto ano de escolaridade concluído aos 14 anos, tanto a FS quanto as três filhas estão diagnosticadas com Incapacidade Intelectual. A utente é desempregada de longa data.

Com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major recorrente desde os vinte anos de idade, apresentou períodos de agravamento da sintomatologia que motivaram diversos internamentos psiquiátricos.

Com novo internamento durante o segundo mês do estágio, a utente deu entrada por agravamento da sintomatologia depressiva e ansiosa, associada a interrupção terapêutica. Foram reportados conflitos conjugais e problemas económicos marcados por falta de condições em casa e de água canalizada. A utente apresentou perda de peso ponderal marcada devido a diminuição da ingestão alimentar, chegando a pesar trinta e três quilos.

A utente frequentou uma sessão de psicomotricidade no grupo terapêutico de utentes internados e integrou o grupo terapêutico pós-alta, no terceiro mês da estagiária, por encaminhamento do médico assistente.

Devido às carências económicas, a utente beneficiava de credencial de transporte e tinha apoio domiciliário para a alimentação. De modo a supervisionar a alimentação e a prevenir novo abandono da psicofarmacoterapia, a utente almoçava no refeitório do internamento do serviço de psiquiatria nos dias de grupo terapêutico e após a intervenção regressava ao internamento para tomar a medicação e o suplemento nutricional.

Da avaliação inicial, realizada à ingressão no grupo terapêutico pós-alta, concluiu-se perfil psicomotor euprático (21 pontos), com maiores dificuldades nas tarefas de estruturação espaciotemporal. Da observação verificou-se que a utente era sub-relacionada, sem confiança, passiva, pouco comunicativa e com falta de regras. Obteve pontuação total média de 39 pontos nos desenhos. A utente apresentava baixa alexitimia. Face à sintomatologia, reportou sintomas de sensibilidade interpessoal e ideação paranoide acima da média.

No início da intervenção a utente apresentava discurso lentificado, perseveração verbal, embotamento afetivo e hipobulia. Apesar de alguma resistência observada durante as primeiras sessões, a utente gradualmente envolveu-se em atividades. Inicialmente isolada e com dificuldade em estabelecer e manter o contacto visual, parecia complicado para a utente

identificar e verbalizar as atividades com as quais mais se identificava. Com o decorrer da intervenção a utente iniciou o contacto com outros utentes, procurando-os e desenvolvendo diferentes assuntos. Um dos progressos mais abordados em equipa multidisciplinar foi o aumento das capacidades comunicativas da utente.

Apesar de se notar redução da frequência, a utente continuou a apresentar períodos de alterações da ingestão e de seletividade alimentar. Nestes períodos a FS aumentava as verbalizações sobre os conflitos conjugais vivenciados.

A utente FS realizou trinta e seis de psicomotricidade no grupo terapêutico pós-alta, pelo que a sua assiduidade foi essencial para a progressão terapêutica.

Da avaliação final, realizada aquando do término do estágio, constataram-se progressos na estruturação espaciotemporal e regressões na praxia global, mantendo perfil psicomotor eupráxico (21 pontos). Houve adequação dos comportamentos nas relações emocionais, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo do movimento, comunicação verbal e regulação social. Nos desenhos do corpo a pontuação total média foi de 50 pontos, melhorando a representação corporal. Manteve baixa alexitimia e, a nível da sintomatologia, todas as dimensões apresentaram valores dentro da média.

Utente PC

O utente PC, de 52 anos, solteiro e sem filhos, residia sozinho e contava com o apoio do irmão e da Santa Casa da Misericórdia. Seguido em psiquiatria desde os dezanove anos, estava diagnosticado com Esquizofrenia e apresentava internamentos recorrentes.

No primeiro mês da estagiária, o utente encontrava-se internado devido a agravamento da sintomatologia psicótica, tendo realizado eletroconvulsoterapia à qual apresentou boa resposta, e teve alta. Porém, no mês seguinte o quadro evoluiu negativamente, tendo sido novamente internado.

No internamento o utente apresentava características maniformes com sintomas psicóticos, inquietação psicomotora, ideação delirante persecutória e de autorreferência, prolixidade, alucinações auditivas, alterações da vivência do Eu e ausência de crítica para o estado mórbido. O utente mantinha hábitos tabágicos marcados, negando outros hábitos no momento. Como antecedentes médicos, constava doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial e hipotireoidismo.

O utente frequentou seis sessões de psicomotricidade no grupo terapêutico de utentes internados nas quais se verificaram adequação nas relações emocionais, atividade, atenção focalizada e regulação social. Tem alta do internamento e é encaminhado para a grupo terapêutico pós-alta no início do oitavo mês da estagiária.

Da avaliação psicomotora, realizada à ingressão no grupo terapêutico pós-alta, concluiu-se um perfil psicomotor eupráxico (21 pontos), apresentando menor pontuação nas tarefas de equilíbrio e estruturação espaciotemporal. Através da observação, o utente revelou-se sobre relacionado, com excesso de confiança, hiperativo, sobre envolvido, super expressivo, muito comunicativo e obsessivo com as regras. Nos desenhos do corpo a pontuação total média foi de

54 pontos, constatando-se boa representação corporal. O utente apresentava baixa alexitimia. A sintomatologia reportada de depressão, ansiedade e ansiedade fóbica apresentavam valores muito elevados.

Os resultados obtidos na avaliação poderão ter sido afetados pela sintomatologia do utente, uma vez que o utente verbalizou receios com a ingressão e aceitação pelo grupo, e a dificuldade em retomar a casa após o último período de pós-alta não ter corrido como o esperado.

Ao fim das primeiras semanas de intervenção o utente PC apresentava uma postura semelhante à observada no grupo do internamento, ou seja, mais adequada. O utente fazia parte de um grupo de teatro pelo que era particularmente notória a importância dada à expressão corporal e à capacidade de aprofundar relações emocionais.

O utente teve uma postura entusiasta e com interesses por atividades criativas, que envolvessem a expressão corporal, materiais sensoriais e atividades de relaxação e *mindfulness*.

A noção corporal do utente, juntamente com a sua expressividade e expansividade, fizeram de si o elemento do grupo com mais iniciativa e motivação para atividades mais desafiantes, levando os restantes elementos do grupo a sentirem-se mais envolvidos e acolhidos.

O utente frequentou um total de catorze sessões de psicomotricidade no grupo terapêutico pós-alta, pelo que a sua assiduidade e motivação potenciaram a progressão terapêutica e os resultados averiguados.

Da avaliação final, realizada no último mês de estágio, constataram-se melhorias no perfil psicomotor, passando a apresentar um perfil psicomotor hiperprático (24 pontos). Através da observação averiguaram-se progressos ao nível da adequação das relações emocionais, autoconfiança, atividade, atenção focalizada, expressividade do movimento, comunicação verbal e regulação social. Nos desenhos do corpo a pontuação média foi de 60 pontos, constatando-se maior investimento e consistência entre desenhos. Manteve baixa alexitimia. Face à sintomatologia reportada, verificou-se descida em todos as dimensões, à exceção da sensibilidade interpessoal e do psicoticismo, que subiram.

Face à evolução, previa-se que o utente regressasse ao seu trabalho de auxiliar na Câmara Municipal da sua área de residência no mês seguinte ao término do estágio.

Utente DP

O utente DP era um senhor de 56 anos, solteiro e sem filhos, que residia sozinho e tinha apoio domiciliário para refeições e limpeza.

Com cerca de um internamento anual em psiquiatria, o antepenúltimo com diagnóstico de Perturbação do Uso de Álcool, em remissão à data do estágio, e o penúltimo motivado por um episódio depressivo com ideação suicida.

O DP descreve agravamento do quadro clínico nos dois meses anteriores ao internamento, período no qual terá abandonado o seu trabalho enquanto ajudante de pedreiro. Este internamento decorreu na sequência de uma tentativa de suicídio através da ingestão de

produtos de limpeza, o qual o utente referiu que realizou de forma impulsiva, solicitando ajuda a uma vizinha após o ato.

Durante o internamento o utente ingressou o grupo terapêutico, no qual frequentou doze sessões de psicomotricidade. O utente apresentava conteúdo verbal pobre e centrado na falta de suporte familiar. Teve alta do internamento psiquiátrico, saindo ao cuidado do irmão enquanto aguardava resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental, e ingressando o grupo terapêutico pós-alta.

Como antecedentes médico-cirúrgicos consta orquiectomia e défice de ácido fólico. As alterações nos valores de ácido fólico estão associadas a sintomatologia depressiva (Engström & Träskman-Bendz, 1999; Vicente et al., 2018).

Face às dificuldades verificadas durante o internamento, houve adequação dos instrumentos. Para identificar alterações motoras e cognitivas foi aplicado o Exame Geronto-Psicomotor e, modo a averiguar as competências cognitivas preservadas, aplicou-se o MMSE. Uma vez que o resultado encontrado não foi esclarecedor das dificuldades manifestadas pelo utente, e por sugestão da equipa multidisciplinar, foi aplicado o MoCA. Os instrumentos SCL-90-R e TAS-20 não foram aplicados por não se verificar pertinência.

Na avaliação inicial, o utente apresentou uma pontuação total no EGP de 61 pontos. O utente encontra-se abaixo daquilo que seria esperado para a sua faixa etária uma vez que, segundo os valores apurados para a população portuguesa por Morais et. al (2021) para a faixa etária “60 anos – 64 anos, 11 meses” a média é de 80 pontos. As pontuações inferiores pertencem aos itens de prevalência cognitiva (28,5 pontos), com enfoque na perceção, no domínio temporal e na comunicação. Através da observação, verificava-se que o utente DP apresentava uma postura estável, comparando com o grupo do internamento, isto é sub-relacionado, sem autoconfiança, tenso, apático e não comunicativo. Nos desenhos do corpo a pontuação total média foi de 28 pontos. Na aplicação do MMSE o utente obteve 20 pontos, não pontuando nas tarefas atenção e cálculo e habilidade construtiva. Na aplicação do MoCA o utente obteve 9 pontos, não pontuando nas tarefas atenção, linguagem e abstração. O utente encontra-se abaixo dos valores de corte para ambos os instrumentos, comprovando-se défices cognitivos.

Da intervenção no internamento constatou-se dispraxia, ecopraxia e ecolalia. Com a frequente estimulação global inerente à integração no grupo terapêutico, o utente revelou progressos a nível cognitivo, nomeadamente na manutenção do foco atencional e na evocação, o que consequentemente melhorou o seu desempenho motor. Tornou-se mais resistente à frustração, continuando a tentar até obter o sucesso nas atividades e reduziu as verbalizações de autoavaliação depreciativas. A par disto, verificaram-se progressos na comunicação, com adequação do débito verbal e do conteúdo discursivo, partilhando as suas superações com o grupo.

No grupo terapêutico pós-alta, o utente DP usufruiu de doze sessões de psicomotricidade.

Na avaliação final, apresentou uma pontuação total no EGP de 75,5 pontos, com melhoria global e enfoque nos itens de prevalências cognitiva (39 pontos). Através da observação constatou-se adequação nas relações emocionais, autoconfiança, relaxação, atenção focalizada,

expressividade do movimento e comunicação verbal. Nos desenhos do corpo a pontuação média foi de 32 pontos, devendo-se a subida à atribuição de pontuação sobretudo nos critérios *proporções*. No MMSE o utente obteve 21 pontos, progredindo na tarefa de *evocação*. No MoCA obteve 16 pontos, apresentando uma subida de 7 pontos face à avaliação inicial, sendo esta melhoria referente às tarefas: habilidades visuo-espaciais e funções executivas, atenção, evocação diferida e orientação.

À data do término do estágio, o utente mantinha potencial de reabilitação pelo que a intervenção e inclusão em grupos terapêuticos surgia como fator protetor das capacidades preservadas e de um estilo de vida ativo, promovendo a sua autonomia, independência e funcionalidade.

Objetivos terapêuticos para grupo terapêutico pós-alta

Tendo como ponto de partida os resultados da avaliação dos elementos que integravam o grupo terapêutico pós-alta, as atividades eram realizadas com enfoque no alcance dos objetivos transversais, presentes na Tabela 5.

Tabela 5. Objetivos terapêuticos para o grupo terapêutico pós-alta

Objetivo gerais	Objetivos específicos
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> • Regular o nível de tensão muscular • Identificar, reconhecer e regular os estados tónicos • Melhorar o diálogo tónico-emocional
Promover a estruturação espaciotemporal	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o planeamento motor
Promover a atenção focalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de concentração
Reduzir a alexitimia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, compreender, pensar e descrever os seus sentimentos • Distinguir estados emocionais de alterações fisiológicas
Desenvolver as capacidades mnésicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o armazenamento, retenção e evocação das memórias a curto, médio e longo prazo
Desenvolver capacidades discursivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades de argumentação e qualificação das vivências psicocorporais
Promover a comunicação verbal e não verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar a atividade verbal • Promover a gestualidade de suporte à linguagem • Promover a expressividade facial e corporal • Promover a funcionalidade do discurso • Adaptar a linguagem e o tom à pessoa a quem se dirige

Objetivo gerais	Objetivos específicos
Desenvolver a autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autorregulação dos ritmos internos e do estado tónico • Desenvolver a tolerância à frustração • Reduzir os níveis de <i>stress</i>
Promover o controlo respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a amplitude e controlo das expirações e inspirações • Aumentar a resistência ao esforço
Desenvolver a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a representação corporal • Promover a perceção dos limites do corpo
Reduzir a sintomatologia	<ul style="list-style-type: none"> • Baixar os níveis de <i>stress</i>
Promover a mentalização	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o pensamento sobre as suas ações • Identificar, nomear e perceber a origem dos atos
Promover o <i>insight</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o conhecimento e a compreensão da doença, da sintomatologia e dos seus efeitos
Melhorar a expressividade do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar movimentos, posturas e expressões faciais
Melhorar as relações emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver contactos emocionais apropriados com os utentes
Promover a expressividade do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a expressividade facial e corporal • Utilizar a gestualidade como suporte à linguagem
Aumentar a autoconfiança	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar iniciativa e autonomia nas tarefas
Promover a atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de forma ativa e adequada
Promover a expressividade corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os movimentos, posturas e expressões faciais
Promover a regulação social	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar acordos, normas e/ou regras de lugares e atividades • Adequar o comportamento consigo, com os outros e com o espaço

Objetivos terapêuticos para o grupo terapêutico do internamento

No internamento os objetivos da intervenção psicomotora eram ajustados semanalmente, a par com as alterações nos elementos integrantes do grupo. Dado o variável tempo de duração do internamento psiquiátrico, os objetivos terapêuticos eram definidos através da observação, recorrendo à *Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*.

Os objetivos transversais à maioria das sessões realizadas encontram-se na tabela 6.

Tabela 6. *Objetivos terapêuticos para o grupo terapêutico do internamento*

Objetivo Gerais	Objetivos Específicos
Melhorar as relações emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver contactos emocionais apropriados com os utentes • Estabelecer relações adequadas com a estagiária
Adequar a autoconfiança	<ul style="list-style-type: none"> • Regular o nível de confiança • Apresentar iniciativa e autonomia nas tarefas
Regular a atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de forma ativa e adequada
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> • Regular o nível de tensão muscular
Gerir o controlo do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Regular os movimentos corporais
Promover a atenção focalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender e ajustar-se às situações • Manter a concentração • Envolver-se adequadamente nas atividades
Promover a expressividade do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar movimentos, posturas e expressões faciais
Promover a comunicação verbal e não verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer contactos adaptados à situação • Promover a funcionalidade do discurso • Comunicar de forma assertiva, adaptando a linguagem e o tom à pessoa a quem se dirige
Promover a regulação social	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar acordos, normas e/ou regras de lugares e atividades • Adequar o comportamento consigo, com os outros e com o espaço

Estratégias de Intervenção

De modo a alcançar os objetivos terapêuticos da intervenção psicomotora foram utilizadas diversas estratégias de intervenção entre as quais a realização de sessões planeadas e estruturadas com base em objetivos realistas, o estabelecimento de regras bem definidas e pré-estabelecidas, a criação de uma relação empática, a explicação dos objetivos das atividades como forma de potencializar a adesão, o estabelecimento de rotinas que permitissem ao utente antecipar, a negociação de atividades, a demonstração, o questionamento sobre as instruções dadas pela estagiária e o reforço positivo.

As atividades foram progressivamente mais complexas à medida que o grupo apresentava evolução, tornando-se desafiantes e mantendo o interesse e motivação dos utentes.

IV. ESTUDO DE CASO I

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), para a atribuição do diagnóstico de Esquizofrenia é necessário que o indivíduo apresente dois dos seguintes sintomas pelo período mínimo de um mês: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos. Pelo menos um dos três primeiros sintomas tem que estar presente para que a patologia possa ser diagnosticada.

A etiologia da Esquizofrenia é complexa, não se devendo apenas a uma causa, mas sim a um efeito cumulativo de diversos fatores de risco (Renca & Cerejeira, 2014).

Os utentes com Esquizofrenia beneficiam da combinação do uso de medicamentos antipsicóticos e intervenções terapêuticas que se complementam e reforçam a sua eficácia (Renca & Cerejeira, 2014; Sadock et al., 2017).

Em seguida, será apresentado o caso de um utente com diagnóstico de Esquizofrenia que frequentou sessões de psicomotricidade em grupo, durante o internamento psiquiátrico e no período pós-alta hospitalar.

História Pessoal e Clínica

O utente AM é um homem de 46 anos, solteiro e sem filhos, natural de uma aldeia no Alentejo onde vivia sozinho. O utente encontra-se reformado devido à sua situação clínica.

Aparentemente estável do ponto de vista psiquiátrico até à terceira década de vida, altura em que apresentou uma quebra marcada do seu rendimento. Ingressou consecutivamente em vários cursos superiores, sem concluir nenhum. O utente apresentava hábitos etílicos pesados, bem como consumo regular de tabaco e canabinoides. Nessa altura, terá iniciado seguimento em consulta de Psiquiatria, pelo que, apesar de não confirmada, não se exclui que possa ter havido sintomatologia psicótica.

Aos 33 anos, em contexto de quadro psicótico, cometeu um episódio de violência grave, sendo condenado a pena de prisão efetiva e considerado inimputável. No estabelecimento prisional, foi seguido na ala psiquiátrica, onde foi diagnosticado com Esquizofrenia Paranoide e medicado com terapêutica antipsicótica.

Motivado pela evolução, controlo da sintomatologia e bom comportamento, saiu em liberdade condicional após dez anos de pena. Retomou a residência, habitando com o pai que ficou responsável por assegurar a adesão e o cumprimento da terapêutica farmacológica do utente. Continuou o acompanhamento psiquiátrico no serviço de psiquiatria do hospital da área de residência, tendo apresentado estabilidade clínica durante os três anos seguintes.

No entanto, após a morte do pai, a adesão à terapêutica tornou-se precária, retomando a sintomatologia psiquiátrica. Por se considerar haver perigo potencial para o próprio ou terceiros em caso de agravamento sintomático, pela recusa do doente em cumprir a terapêutica e por não ter crítica para o patológico, foi realizado um mandado de condução ao serviço de urgência.

Em consulta de Psiquiatria, verificou-se ideação delirante de cariz persecutório, de prejuízo e megalómana; bem como ansiedade, perplexidade, reduzida colaboração, ausência de crítica, compromisso da higiene pessoal e das condições sanitárias da habitação. Deste modo,

por reunir os pressupostos para internamento em tratamento involuntário, o paciente ficou internado no serviço de psiquiatria, no qual foi reinstituída medicação antipsicótica e ansiolítica.

Durante o internamento, foram realizados exames, sendo que a única alteração relevante apurada foi um alargamento discreto e difuso dos sulcos corticais, verificado através de ressonância magnética.

O utente não apresentava antecedentes médico-cirúrgicos relevantes nem antecedentes familiares conhecidos. No decurso do período hospitalar manteve hábitos tabágicos.

À data da alta, o utente não evidenciava alterações psicopatológicas de relevo, para além de ideação delirante, que poderia corresponder a sintomatologia residual. Uma vez que não apresentava crítica para o seu estado psicopatológico, e como o abandono terapêutico poderia condicionar agudização da patologia e risco para o próprio e/ou terceiros, a passagem para regime ambulatorio foi realizada mantendo tratamento involuntário, com medicação antipsicótica injetável mensal.

Saiu aos cuidados da tia e beneficiava de credencial de transporte pelos bombeiros, para se deslocar ao hospital para as sessões do grupo terapêutico pós alta e para as consultas. Na área de residência, era acompanhado pela equipa comunitária e pelos cuidados de saúde primários.

Plano de avaliação

Durante o internamento, o utente frequentou quatro sessões de psicomotricidade com a estagiária, a qual também realizou observação não-participada e participada nas sessões de terapia ocupacional. Neste período a avaliação psicomotora foi realizada com recurso à LOFOPT.

Ao ingressar no grupo terapêutico pós-alta, foi realizada avaliação formal e informal com recurso aos instrumentos de avaliação previamente estipulados. A estagiária aplicou a LOFOPT, a BPM, o DAP, o SCL-90-R e a TAS-20. Estes instrumentos permitem averiguar os aspetos psicossociais do funcionamento, o perfil psicomotor, a representação do corpo, a psicossintomatologia e o constructo da alexitimia, respetivamente. Os mesmos foram descritos em maior detalhe no capítulo III.

Resultados da avaliação inicial

Durante o internamento, no qual o utente integrou o grupo terapêutico, foi aplicada a **LOFOPT** da qual se verificou que, face às relações emocionais, o AM aguardava que os outros utentes iniciassem o contacto, apresentando uma postura ligeiramente sub-relacionada (-1). No tópico autoconfiança, o utente apresentou-se independente e revelava excesso de confiança (+2). A nível da atividade constatou-se dificuldade em permanecer sentado e a aguardar instruções, verificando-se hiperativo (+2). No que diz respeito à relaxação, comprovou-se tensões musculares na realização das tarefas (+2). Relativamente ao controlo dos movimentos, realizava movimentos imprudentes, precipitados e descontrolados (-2). Na atenção focalizada, o utente não conseguia manter a atenção, desconcentrando-se facilmente e mostrando-se não envolvido nas atividades (-2). Face à expressividade do movimento, o utente realizava movimentos,

posturas e expressões faciais monótonas, revelando-se apático (-2). Na questão da comunicação verbal, o utente AM, apesar de não iniciar o contacto, apresentava-se ligeiramente muito comunicativo quando o abordavam (+1). Por fim, na regulação social exibia dificuldade em respeitar os acordos, mostrando falta de regras (-2).

Face ao ingresso no grupo terapêutico pós-alta foi reaplicada a **LOFOPT** pelo que se verificaram melhorias na autoconfiança, no controlo de movimento e na regulação social. Os restantes domínios mantiveram a pontuação face ao internamento. O utente passou a ter uma postura mais adequada, mostrando excesso ligeiro de autoconfiança (+1). Os movimentos foram ligeiramente descontrolados (-1) e o utente começou a conseguir conter alguma impulsividade e a respeitar mais regras (-1).

No que diz respeito à **BPM**, o utente obteve a classificação total de 22 pontos, o que corresponde a um perfil psicomotor hiperpráxico. Apresentava aparência endomorfa, sem desvios posturais. O controlo respiratório era de baixa amplitude torácica, exibindo sinais de fatigabilidade.

Os fatores psicomotores nos quais o utente apresentou mais competências foram a lateralização, a noção do corpo e a praxia global. O utente apresentou menos facilidade nas tarefas dos fatores tonicidade e estruturação espaciotemporal. A nível da tonicidade, o utente revelou resistências, sinais de contratibilidade e apresentou dificuldade em descontrair, marcada pela presença de tensões e bloqueios. A nível da estruturação espaciotemporal, o utente apresentou dificuldades no planeamento das atividades, ligeiras dismetrias e hesitações.

No **DAP**, obteve a pontuação total de 45 pontos no desenho do homem, 31 pontos no desenho da mulher e 36 no desenho do próprio. Comum aos três desenhos, detetou-se a ausência de dedos. Notou-se que o espaço da folha foi ocupado na totalidade, com foco progressivo no rosto. No desenho da mulher e do próprio, desenhou apenas o corpo da cintura para cima, não pontuando nos itens: vestuário, pés e pernas.

Na **TAS-20** o AM obteve um total de 65 pontos, apresentando elevada alexitimia. Os valores mais elevados foram reportados no segundo fator, isto é, dificuldade em identificar sentimentos.

No **SCL-90-R** constatou-se que os valores se encontravam dentro da média, à exceção dos sintomas das dimensões somatização e sensibilidade interpessoal, que se encontram acima desta.

Hipóteses Explicativas

O utente ingressou em vários cursos superiores sem sucesso na sua conclusão. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a progressão educacional e a manutenção do emprego costumam ser prejudicadas por outras manifestações da perturbação, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas.

O utente AM apresentou hábitos etílicos pesados e consumo de canabinoides, mantendo tabagismo à data da intervenção. Utentes que referem consumo de substâncias apresentam maior risco de desenvolver Esquizofrenia. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a taxa de

comorbidade com o uso de substâncias na Esquizofrenia é elevada. O consumo de qualquer droga é preocupante, sobretudo pela capacidade de aumentar os sintomas psicóticos (Sadock et al., 2017).

Mais de metade dos indivíduos com Esquizofrenia fumam com regularidade (APA, 2014). Estudos mostram que até 90% dos utentes com Esquizofrenia podem ser dependentes de nicotina e que esta substância pode diminuir sintomas positivos, reduzindo a percepção de estímulos externos. Assim, o tabagismo é tido como uma forma de automedicação (Renca & Cerejeira, 2014; Sadock et al., 2017).

O utente AM apresentava hábitos tabágicos marcados, referindo que fumava cerca de um maço por dia. Os hábitos tabágicos marcados podem motivar a baixa amplitude torácica e sinais de fatigabilidade notados na aplicação da BPM.

Utentes com anterior diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide costumam ser mais propensos a manifestar delírios de perseguição ou grandeza. Tendem a ser tensos, desconfiados, cautelosos, reservados e, por vezes, hostis ou agressivos (Sadock et al., 2017).

O AM não apresentava crítica para a sua situação patológica. A não compreensão da doença costuma ser um sintoma desta perturbação, estando associada a baixa adesão ao tratamento, a elevadas taxas de recaída e, conseqüentemente, ao aumento do número de tratamentos em regime involuntário (APA, 2014; Sadock et al., 2017).

Os antipsicóticos diminuem a expressão dos sintomas psicóticos e reduzem as taxas de recaída. Contudo, a falta de adesão ao tratamento antipsicótico a longo prazo é elevada. Ao utilizar medicamentos injetáveis de ação prolongada, aumenta-se a adesão face aos medicamentos de uso oral, possibilitando a supervisão na medida em que os médicos sabem quando ocorre a falta de adesão e têm tempo para intervir antes que o fármaco deixe de fazer efeito (Afonso, 2014; Sadock et al., 2017).

À data da alta, o AM apresentava sintomas residuais, os quais, segundo o DSM-5 (APA, 2014), podem seguir a fase ativa e são caracterizados por formas leves de delírios e de sintomas negativos.

O delírio surge como uma tentativa de reestruturar a unidade corporal ameaçada pela impressão explosiva de autoconsciência (André et al., 2004). Delírios persecutórios, episódios anteriores de violência e défices neurológicos são fatores de risco para o comportamento violento ou impulsivo (Sadock et al., 2017).

Face ao alargamento discreto e difuso dos sulcos corticais apresentados pelo AM, as alterações morfológicas no córtex cerebral de indivíduos com Esquizofrenia foram investigadas através de ressonância magnética, na qual se confirmou redução da área de superfície (Palaniyappan et al., 2011). A neurobiologia da Esquizofrenia verifica a existência de alterações cerebrais que comprovam a existência de diferenças estruturais (Renca & Cerejeira, 2014).

O embotamento afetivo pode ser um sintoma da própria doença ou dos efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos. Pelo mesmo motivo, pode ocorrer perplexidade, sensação de isolamento, ambivalência extrema, depressão, menor sensibilidade social e impulsividade (Sadock et al., 2017), tal pode motivar a sintomatologia reportada através do SCL-90-R.

Face à tonicidade, segundo André et al. (2004), utentes com este diagnóstico frequentemente apresentam movimentos rígidos e sem harmonia.

Défices na representação do corpo podem estar condicionados por uma perceção temporal e organização espacial comprometidos (Graham, et al., 2014), como como se verificou através do DAP e da BPM.

Uma análise fatorial mostra que, em casos de utentes com Esquizofrenia que apresentam subestimação das pernas, esta pode ser vista como correspondendo à sensação de que as partes do corpo são extraordinariamente pequenas e que o tamanho do corpo mudou (Priebe & Röhricht, 2001). Os sintomas mais óbvios ao nível da consciência corporal são a despersonalização e as alterações tónicas, que reforçam a segmentação do corpo expressa na desorganização praxica (André et al., 2004), tal como se verificou nos resultados obtidos no DAP.

Perfil intra-individual

Através das informações recolhidas, e face ao plano de reabilitação do utente AM, estabeleceram-se as áreas fortes e as áreas a desenvolver apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7. Perfil intra-individual do Estudo de Caso AM

Áreas fortes	Áreas a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> • Lateralização • Noção do corpo • Praxia global • Motivação e adesão para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Tonicidade • Estruturação espaciotemporal • Capacidade de identificar sentimentos • Compreensão sobre a doença

Objetivos Terapêuticos

Com base na avaliação psicomotora inicial foram estabelecidos os objetivos terapêuticos para a intervenção psicomotora apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Objetivos terapêuticos para o Estudo de Caso AM

Objetivo gerais	Objetivos específicos
Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> • Regular o nível de tensão muscular
Promover a estruturação espaciotemporal	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o planeamento motor
Promover a atenção focalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender e ajustar-se às situações • Manter a concentração
Reduzir a alexitimia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, compreender, pensar e descrever os seus sentimentos • Distinguir estados emocionais de alterações fisiológicas
Desenvolver as capacidades mnésicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o armazenamento, retenção e evocação das memórias a curto, médio e longo prazo

Objetivo gerais	Objetivos específicos
Desenvolver capacidades discursivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades de argumentação e qualificação das vivências psicocorporais
Adequar a comunicação verbal e não verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a gestualidade de suporte à linguagem • Promover a expressividade facial e corporal
Desenvolver a autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autorregulação dos ritmos internos e do estado tónico • Desenvolver a tolerância à frustração • Reduzir os níveis de <i>stress</i>
Promover o controlo respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a amplitude e controlo das expirações e inspirações • Aumentar a resistência ao esforço
Desenvolver a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a representação corporal • Promover a perceção dos limites do corpo
Reduzir a sintomatologia	<ul style="list-style-type: none"> • Baixar os níveis de <i>stress</i>
Promover a mentalização	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o pensamento sobre as suas ações • Identificar, nomear e perceber a origem dos atos
Promover o <i>insight</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o conhecimento e a compreensão da doença, da sintomatologia e dos seus efeitos
Melhorar a expressividade do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar movimentos, posturas e expressões faciais

Projeto Terapêutico

Em seguida, serão abordadas as diretrizes e a fundamentação da intervenção, a tipologia e frequência das sessões, as estratégias específicas e alguns exemplos de atividades.

Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A intervenção psicomotora em indivíduos diagnosticados com Esquizofrenia visa melhorar a condição física, procurando reduzir o estilo de vida sedentário através da ativação do movimento e do desenvolvimento de habilidades. As sessões devem procurar aumentar a atenção, melhorar a socialização e a comunicação com os outros, promover a redução do nível de *stress*; melhorar a gestão de emoções, a autorreflexão e a autoconsciência; regular a tonicidade bem como desenvolver a consciência e a relaxação muscular (Probst, 2017).

Os utentes experimentam dificuldades em lidar com sentimentos, causando sofrimento psicológico, pelo que é importante reduzir os sintomas, nomeadamente o *stress*, dada a sua relação com o agravamento de sintomas psicóticos (Probst et al., 2010).

Com pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, os objetivos terapêuticos são a redução do *stress*, a terapia psicossocial e a ativação do movimento e (Probst et al., 2010 e Probst, 2017).

Deve haver um treino de gestão de *stress*, como o treino de relaxação progressiva de Jacobson (Vancampfort et al., 2011). A relaxação terapêutica deve fomentar a redução da ansiedade, acentuar as experiências globais do corpo e promover representações individuais da unidade corporal (André et al., 2004.). A relaxação pode ser útil para diminuir o *stress*, reduzir o sofrimento psicológico e melhorar o bem-estar e o funcionamento social em adultos diagnosticados com Esquizofrenia (Vancampfort, 2011; Melo-Dias et al., 2019).

A terapia psicossocial foca-se numa situação específica e no envolvimento num grupo, no qual o utente deve, durante as sessões de movimento, experienciar processos grupais de cooperação, compromisso, confronto e conformidade, desenvolvendo capacidades como a atenção, a comunicação, o contacto social e a capacidade de iniciativa (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

A ativação do movimento revela um impacto positivo na ativação física e o desenvolvimento da auto percepção, autoestima e funções cognitivas (Tsang et al., 2010; Holley et al., 2011; Sampogna et al., 2018; Simons et al., 2017; Soundy et al., 2014; Vancampfort et al., 2012).

A terapia corporal promove a comunicação não verbal e melhora a expressão motora, fornecendo novas maneiras de trabalhar com os utentes em interações sociais e impactando potencialmente outros sintomas negativos (Holden et al., 2011).

A terapia mediada pelo corpo permite questionar o paciente sobre o problema da segmentação, pelo que a participação de todo o corpo é necessária para a sua concretização. O toque terapêutico e a verbalização permitem combater as impressões de fragmentação (André et al., 2004).

Os objetivos da intervenção passam por melhorar a adesão à terapêutica e o *insight* do utente (Afonso, 2014).

Utentes com Esquizofrenia são frequentemente associados a sintomas depressivos e de ansiedade que impactam a qualidade de vida levando a menor satisfação com as atividades diárias, família, saúde e relacionamento social (Melo-Dias et al., 2019).

Um estudo sobre a implementação de um programa de intervenção psicomotora no tratamento de utentes hospitalizados com Esquizofrenia demonstrou melhorias significativas para a sintomatologia ansiosa, depressiva, energia, adequação do pensamento e ativação motora (Hátlová et al., 2020).

Evidências de ensaios clínicos randomizados sugerem que as terapias não verbais podem ser eficazes no tratamento de sintomas negativos da Esquizofrenia (Holden et al., 2011).

Segundo Sadock et al. (2017), as intervenções individuais permitem trabalhar as necessidades específicas do utente. Ao integrar o grupo terapêutico, o sentimento de identidade é reforçado (André et al., 2004).

Para indivíduos com Esquizofrenia, é importante promover a autodeterminação, uma vez que geralmente apresentam menos motivação e autonomia, de forma a promover também a tomada de decisão (Cooper et al., 2015).

Tipologia e frequência das sessões

Enquanto o AM esteve internado, as sessões de psicomotricidade realizavam-se uma vez por semana e tinham a duração de duas horas, das 10h30 às 12h30.

No grupo terapêutico pós-alta, beneficiavam de intervenção multidisciplinar de segunda a quinta-feira. As sessões de psicomotricidade decorriam às terças e quintas e as sessões de terapia ocupacional decorriam às segundas e quartas. Todas as sessões tinham a duração de duas horas e realizavam-se das 14h às 16h.

Também foi proposta intervenção psicomotora em contexto individual a qual, apesar de ter sido aceite pelo utente, não foi possível de realizar, uma vez que, como era detentor de credencial de transporte, estava limitado aos horários dos bombeiros, os quais eram incompatíveis.

Estratégias específicas

As estratégias utilizadas com o AM incluíam sobretudo pelo reforço positivo, pela demonstração das atividades de ativação motora e pela negociação das atividades, geralmente ajustando a duração ou a ordem. Como o foco atencional do AM é baixo, atividades curtas promoviam a sua adesão.

Exemplos de atividades

O utente mostrava-se mais interessado em atividades expressivas e criativas com recurso a mediadores expressivos, como tintas e materiais diversos, e tinha ótima adesão à relaxação progressiva de Jacobson, utilizado sobretudo como forma de redução do *stress*.

Também foram bem recebidas atividades de ativação motora com músicas com alterações de cadência, nas quais o utente tinha que se deslocar ajustando os seus movimentos ao ritmo da música e, quando esta fosse parada, os elementos do grupo tinham que permanecer imóveis e descrever a sua postura e/ou a postura de outro elemento do grupo.

O esquema de tensões foi utilizado para refletir sobre o corpo, antes e/ou após atividades de ativação corporal ou relaxação, com vista a potenciar a noção e a representação corporal.

Progressão terapêutica

Uma vez que o utente beneficiou de sessões de psicomotricidade em regime de internamento e em regime ambulatorio pós-alta, as progressões serão apresentadas separadamente.

Durante o internamento, o utente apresentou adequação do comportamento, abandonando a postura desconfiada e socializando progressivamente com os outros utentes. Evidenciou um aumento da organização do pensamento e, apesar da manutenção da ideação delirante, como esta era dotada de um dinamismo afetivo mínimo, o utente só verbalizava o conteúdo quando questionado individualmente por profissionais, não interferindo nas sessões.

Após o ingresso no grupo terapêutico pós-alta, o AM manteve-se adequado e colaborante ao longo da intervenção. Contudo, apresentava frequentemente uma aparência desleixada e pouco investida, sobretudo a nível da higiene pessoal e do vestuário.

Ao longo do grupo terapêutico pós-alta, o utente adequou o seu comportamento e desempenho. Apresentou períodos de ansiedade e de distração, mas com adesão voluntária e participação nas atividades. Manteve alguns comportamentos impulsivos, nomeadamente ao iniciar a tarefa antes da instrução ser terminada.

A atenção era mantida em atividades de curta duração, à exceção da relaxação progressiva de Jacobson e de atividades expressivas com recurso a mediadores expressivos, nas quais matinha o foco atencional por períodos mais longos. Notou-se uma evolução da persistência e do esforço do utente no desenvolvimento das tarefas ao longo da intervenção.

Por vezes, o utente apresentava comportamentos sociais desajustados, os quais moderava quando chamado à atenção. O empenho face às atividades foi congruente com o seu interesse pelas técnicas e mediadores utilizados. O AM dava preferência a atividades individuais, mas era adequado nas atividades de grupo.

Face à comunicação verbal, adequou as componentes paralinguísticas no decorrer na intervenção terapêutica; contudo, este progresso foi acompanhado de um aumento do débito verbal. Na comunicação não verbal, tornou-se mais recetivo, mantendo o contacto visual quando pertinente.

O AM apresentou progressos nas relações com outros utentes e com a estagiária e no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, melhorando também a tolerância à frustração.

O utente verbalizou que voltou a pintar quadros, algo com o qual se identifica e que lhe permite exteriorizar a sua vivência intrapsíquica. Em articulação com a terapeuta ocupacional, estavam a organizar uma exposição de quadros do utente.

Nos últimos dois meses da estagiária, foi acordado com o AM que este passaria a adotar uma frequência de dois dias por semana, em vez dos quatro dias iniciais, beneficiando de uma sessão de psicomotricidade e de uma sessão de terapia ocupacional por semana. Este ajuste foi realizado com vista à alta, uma vez que o processo terapêutico do utente passava pela integração num curso que, ainda sem data de início prevista, começaria em breve.

O AM manteve alterações da memória de trabalho e episódica. Face ao pensamento, os períodos de ideação delirante foram reduzindo ao longo da intervenção. O utente reduziu exponencialmente os comportamentos impulsivos. Verificaram-se progressos sobre o conhecimento e compreensão dos efeitos da doença, bem como da importância da terapêutica.

Avaliação Final e Comparação dos resultados

Através da **LOFOPT**, verificaram-se progressos nas relações emocionais, com relação apropriada (0). Na atividade, mostrou-se ligeiramente hiperativo (+1). Na relaxação, conseguiu reduzir tensões, mostrando-se ligeiramente tenso (+1). Na atenção focalizada, melhorou a concentração, mostrando-se ligeiramente não envolvido (-1). Na expressividade do movimento,

verificaram-se melhorias na postura, mostrando-se ligeiramente apático (-1). Face à avaliação realizada à ingressão no grupo terapêutico pós-alta, o único domínio no qual não se verificou alteração da pontuação atribuída foi a comunicação verbal, uma vez que o utente adequou o conteúdo do discurso, mas aumentou o débito verbal.

Na **BPM**, obteve a classificação total de 25 pontos, mantendo o perfil psicomotor hiperpráxico. Face à avaliação inicial, o utente melhorou nos fatores tonicidade, estruturação espaciotemporal e praxia fina. Nos restantes fatores, manteve a classificação. Foram ainda verificados progressos na respiração, nomeadamente na resistência ao esforço.

No **DAP**, obteve 47 pontos no desenho do homem, 59 pontos no desenho da mulher e 58 pontos no desenho do próprio. Face à avaliação inicial, o utente apresentou subida de pontuação em todos os desenhos, representando o corpo todo e não se verificando nenhuma ausência.

Na **TAS-20**, o AL obteve uma pontuação total de 57, apresentando alexitimia moderada. Face à avaliação inicial, o utente apresentou redução da pontuação atribuída no segundo fator, correspondente às dificuldade em identificar sentimentos.

No **SCL-90-R**, verificou-se que todos os valores se encontravam dentro da média, à exceção dos sintomas reportados de ansiedade e psicoticismo que se encontravam acima desta. Face à avaliação inicial, os sintomas das dimensões somatização e sensibilidade interpessoal diminuíram, atingindo valores dentro da média. Porém, a sintomatologia de ansiedade e psicoticismo aumentou.

Discussão dos Resultados

Durante o regime de internamento, o utente frequentou quatro sessões de psicomotricidade e, em regime de ambulatório, usufruiu de vinte sessões. O AM foi assíduo e pontual. Durante o período de intervenção apenas não conseguiu ir a uma sessão por falta de transporte, avisando previamente.

Face às verbalizações do utente, acredita-se que o aumento da sintomatologia reportada nas dimensões ansiedade e psicoticismo possa estar relacionado com a aproximação ao início da formação no centro de emprego. Contudo, a ansiedade é uma comorbilidade frequente em utentes com Esquizofrenia (Renca & Cerejeira, 2014).

Segundo Sadock et al., (2017), utentes com Esquizofrenia normalmente apresentam défices na atenção, memória de trabalho e memória episódica, tal como se verificou com o utente AM.

Quanto à natureza artificial do envolvimento do corpo na ação e na relação com os outros, André et al., (2004) afirmam que o corpo está envolvido de forma discordante, existindo um teatralismo característico dos utentes com Esquizofrenia.

Face às melhorias apresentadas, sobretudo na adequação do funcionamento dentro das capacidades do utente, o prognóstico parece favorável. Assim, a redução da frequência no grupo é reflexo desses progressos. O utente apresentava um plano de reabilitação psicossocial através da integração num curso e voltou a pintar, algo que não fazia desde o falecimento do seu pai.

Face à comparação dos resultados obtidos entre avaliações, e as progressões apresentadas, parece plausível inferir a pertinência da intervenção psicomotora neste utente.

V. ESTUDO DE CASO II

Intervenção Psicomotora na Perturbação Estado-Limite da Personalidade: Um Estudo de Caso

Resumo

Este estudo tem como objetivo verificar o impacto de uma intervenção psicomotora no caso de uma utente com 25 anos diagnosticada com Perturbação do Estado-Limite da Personalidade. A utente ingressou um grupo terapêutico após internamento num serviço de psiquiatria, no qual frequentou sessões de psicomotricidade duas vezes por semana. Na intervenção foram utilizadas técnicas de integração sensorial, técnicas perceptivo-motoras, técnicas expressivas e criativas com recurso a mediadores e relaxação terapêutica, especialmente a relaxação progressiva de Jacobson. Para averiguar os resultados da intervenção, recorreu-se à comparação dos resultados da avaliação inicial e final utilizando os mesmos instrumentos de avaliação formal e informal. Assim, após catorze sessões de psicomotricidade, verificou-se redução global da sintomatologia com enfoque na redução dos sintomas somáticos e da sensibilidade interpessoal. Apurou-se adequação de aspetos psicossociais do funcionamento, principalmente nas relações emocionais e na autoconfiança. Aferiu-se ainda melhoria do perfil psicomotor, da representação corporal e redução da alexitimia.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Saúde Mental em Adultos; Perturbação do Estado-Limite da Personalidade; Sintomas Dissociativos Transitórios; Perturbação por Uso de *Cannabis*

Psychomotor Intervention in Borderline Personality Disorder: A Case Study

Abstract

This study aims to verify the impact of a psychomotor intervention on a 25-year-old female patient diagnosed with Borderline Personality Disorder. The patient joined a therapeutic group after hospitalization in a psychiatric service, where she attended psychomotor sessions twice a week. The intervention used sensory integration techniques, perceptual-motor techniques, expressive and creative techniques using mediators, and therapeutic relaxation, particularly Jacobson's progressive relaxation. To ascertain the results of the intervention, initial and final assessment were compared using the same formal and informal assessment instruments. Thus, after fourteen psychomotor sessions, an overall reduction in symptomatology was observed, focusing on the reduction of somatic symptoms and interpersonal sensitivity. There was improvement in the psychosocial aspects of functioning, particularly in emotional relationships and self-confidence. Additionally, improvements were noted in the psychomotor profile, body representation, and a reduction in alexithymia.

Key-Words: Psychomotor Intervention; Mental Health in Adults; Borderline Personality Disorder; Transient Dissociative Symptoms; Cannabis Use Disorder

Introdução

A personalidade pode ser definida como o conjunto de padrões cognitivos, emocionais, comportamentais, motivacionais e ambientais estáveis, que apresentam potencial de variabilidade e flexibilidade de resposta (Lucas & Saraiva, 2014).

Assim, estamos perante uma perturbação da personalidade quando existe um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível. Pode começar na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo (*American Psychiatric Association* [APA], 2014).

Uma das dez Perturbações da Personalidade reconhecidas pelo DSM-5 (APA, 2014) é a Perturbação do Estado-Limite da Personalidade (PELP).

Considerada a fronteira entre a neurose e a psicose, a PELP é diagnosticada a utentes que apresentam instabilidade do comportamento, dos afetos, do humor, da autoimagem, impulsividade, demonstrações de raiva, chamada de atenção, sentimentos de aborrecimento e vazio, intolerância à solidão e medo do abandono (André et al., 2004; APA, 2014; Godinho, 2014).

Em seguida, será apresentado o caso de uma utente diagnosticada com PELP que frequentou sessões de psicomotricidade num grupo terapêutico pós-alta hospitalar.

História Pessoal e Clínica

A utente ARE é uma jovem com 25 anos, filha única, que reside numa cidade do Alentejo com os pais. Face ao seu desenvolvimento afirma que este foi normal, sem adversidades nem antecedentes de relevo. Após o ensino secundário, ingressou num curso superior da área da Engenharia, numa cidade que não a de residência, tendo outra habitação durante o período letivo.

Começou a ser seguida em psiquiatria na sequência do seu primeiro internamento psiquiátrico, motivado por alterações do comportamento, do qual teve alta com hipótese diagnóstica de Perturbação da Personalidade Não Especificada e Perturbação de Uso de *Cannabis*, em abstinência.

No período pós-alta manteve acompanhamento psiquiátrico mas, por não se evidenciar benefício com a medicação instituída durante o internamento e por queixas de ganho de peso significativo após o início da toma, a mesma foi suspensa.

Oito meses após o internamento, a utente terá alegado incompatibilidade em comparecer às consultas por se encontrar em período letivo, tendo cessado o acompanhamento psiquiátrico.

Nos oito meses seguintes, a ARE não reportou sintomatologia. Contudo, durante uma visita de fim de semana após o início de um novo ano letivo, os pais começaram a notar alterações do comportamento, nomeadamente distanciamento afetivo, insónia, isolamento, diminuição da funcionalidade, redução da ingestão alimentar e exacerbação das preocupações com as responsabilidades académicas.

Durante a semana que se seguiu, a ARE ligava ao pai várias vezes por dia para que este a ajudasse com a formulação dos trabalhos académicos. Contudo, deixou de ligar e de atender chamadas, sem razão aparente. A utente ter-se-á trancado, impedindo a entrada das duas

colegas de casa na habitação. Após os pais da utente terem sido chamados pelas colegas e terem chegado ao local, a utente abriu a porta. Porém, como manteve uma postura agressiva, foi transportada pelos bombeiros ao hospital da região no qual se apurou episódio misto.

Posteriormente, foi transferida para o hospital da área de residência. À chegada, foi apurado humor hipotímico, postura desafiante e pouco colaborativa, aspeto pouco cuidado, conteúdo autodepreciativo, *insight* parcial e ideias sobrevalorizadas persecutórias em relação aos pais, sem intensidade delirante.

Os pais descrevem-na como perfeccionista, preocupada com a universidade e referem que, em momentos de maior pressão, a utente descompensa, como aconteceu no internamento em junho do ano anterior, durante a fase de exames. A mãe referiu que uma amiga chegada da ARE terminou o curso e saiu da casa onde ambas residiam, o que poderá ter motivado o agravamento da sintomatologia.

A ARE reconheceu que tem andado preocupada com a faculdade, triste e que não tem dormido bem. Dada a situação, foi proposto internamento, o qual aceitou. Durante o internamento, foi reinstituída terapêutica psicofarmacoterapia e foram realizados exames e análises nos quais não se apuraram alterações de relevo.

A ARE integrou o grupo de intervenção de terapia ocupacional de utentes internados, à qual a estagiária realizou observação não-participada e participada. Das cinco sessões observadas, verificou-se regulação do humor e da postura, maior participação e envolvimento nas atividades, aumento do foco atencional, apropriação do discurso e compreensão das normas da sessão.

Ao fim de dezoito dias, a utente apresentou estabilização dos sintomas e teve alta com diagnóstico de Perturbação Estado-Limite da Personalidade e sintomas dissociativos transitórios. A ARE manteve ausência de crítica para o episódio que motivou o internamento.

A utente manteve o acompanhamento psiquiátrico em consulta externa e, face ao benefício verificado na intervenção terapêutica não-farmacológica durante o internamento, ingressou o grupo terapêutico pós-alta. Devido ao internamento e ao acompanhamento pós-alta, não retomou as aulas no primeiro semestre, regressando à cidade universitária apenas para realizar as avaliações das unidades curriculares.

O grupo terapêutico que a utente integrou era composto por utentes em situação de pós-alta de internamento, e tinha como objetivos globais a redução da taxa de recaída dos utentes, a adesão à terapêutica, a compreensão da doença mental e a reabilitação psicossocial. O grupo beneficiava de duas sessões de psicomotricidade e de duas sessões de terapia ocupacional por semana.

A ARE é uma jovem tímida e reservada que prefere abordar assuntos gerais a falar sobre de si. Refere que gosta de cozinhar e que tem particular interesse por cozinha vegetariana. Não gosta de se atrasar para os compromissos e gosta de ter as suas coisas organizadas e limpas, afirmando-se perfeccionista. Face aos relacionamentos, a utente refere que não tem amigos chegados, uma vez que se isola, considerando-se pouco social. A ARE expressa preocupação com a conclusão do curso superior, apresentava ideias depreciativas sobre as suas capacidades,

refere que estas originam redução das horas de sono, com consequente fadiga durante o dia e dificuldade em concentrar-se em atividade mais exigentes.

Plano de avaliação

Face ao protocolo de avaliação do grupo terapêutico pós-alta, a estagiária aplicou os seguintes instrumentos: Bateria Psicomotora, *Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*, *Draw a Person*, *Symptom Checklist 90 – Revised* e *Toronto Alexithymia Scale*. Estes instrumentos permitem averiguar o perfil psicomotor, os aspetos psicossociais do funcionamento, a representação do corpo, a psicossintomatologia e o constructo da alexitimia, respetivamente.

Assim, a avaliação psicomotora, realizada no início e no fim da intervenção, englobou a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação, abordados em seguida.

A **Bateria Psicomotora** (BPM), desenvolvida por Fonseca (2010), é um instrumento de avaliação do perfil psicomotor que reflete o grau de organização neurológica, englobando a atividade mental expressa na motricidade. Os sete fatores psicomotores avaliados são a tonicidade, a equilibração, a lateralização, a noção do corpo, a estruturação espaciotemporal, a praxia global e a praxia fina. Cada fator é cotado de 1 a 4 pontos, variando a pontuação total entre 7 e 28 pontos, correspondendo as pontuações mais elevadas a um melhor perfil psicomotor.

A ***Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*** (LOFOPT), desenvolvida por Van Coppenolle et al. (1989), é um método de observação composto por nove categorias de objetivos que constituem características comportamentais a serem observadas em utentes psiquiátricos.

As nove categorias a ser observadas são: relações emocionais, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo do movimento, atenção focalizada, expressividade do movimento, comunicação verbal e regulação social. Assim, uma vez que o comportamento de um doente psiquiátrico se pode apresentar em excesso ou em défice, foi estabelecida uma escala de 7 pontos, de +3 a -3, em que 0 corresponde ao comportamento adequado, e as restantes pontuações indicam o nível de comportamento perturbado (Van Coppenolle et al., 1989).

Segundo Probst (2017), a observação fornece informações sobre aspetos psicossociais do funcionamento, possibilitando a identificação de características perturbadas da personalidade.

O ***Draw a Person*** (DAP), desenvolvido por Naglieri (1988), solicita a realização de três desenhos (homem, mulher e próprio) cada um com o tempo máximo de execução de cinco minutos. Este instrumento apresenta um sistema de pontuação quantitativo composto por catorze critérios que correspondem a ligações, vestuário e doze partes do corpo. Cada critério é cotado conforme a presença, detalhes, proporção e ponto bônus, que é atribuído caso os critérios anteriores sejam creditados. A pontuação máxima de cada desenho é de 64 pontos.

Segundo Fonseca (2010), o desenho do corpo permite avaliar a representação do corpo vivido, refletindo o nível de integração somatognósica e a experiência psicoafetiva.

O ***Symptom Checklist 90 – Revised*** (SCL-90-R), desenvolvido por Derogatis, é um questionário de autoavaliação de 90 itens que permite medir problemas psicológicos e queixas

sintomáticas médicas e psiquiátricas. Os sintomas são agrupados em nove dimensões: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoica e psicoticismo. O grau de concordância é registado através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 0 (nunca) até 4 (extremamente) (Derogatis & Fitzpatrick, 2004). O SCL-90-R foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Batista, que apurou os valores normativos tidos como referência (Chincalece, 2009).

A **Toronto Alexithymia Scale** (TAS-20), de Bagby et al. (1994), é uma escala de 20 itens que permite avaliar o constructo da alexitimia. É composta por três fatores, sendo que o primeiro fator é referente às dificuldades em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da ativação emocional, o segundo fator é relativo à dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e o terceiro fator é correspondente a um estilo de pensamento orientado para o exterior.

Adaptada para a população portuguesa por Prazeres et al. (2000), a TAS-20 averigua o constructo de alexitimia que surge como fator de risco da personalidade para perturbações psiquiátricas e psicossomáticas.

O grau de concordância é registado através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 1 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente), permitindo categorizar os utentes em baixa alexitimia, em pontuações iguais ou inferiores a 51 pontos; alexitimia moderada, perante pontuações entre 52 e 60 pontos; e elevada alexitimia, para pontuações iguais ou superiores a 61 pontos (Prazeres et al., 2000).

Resultados da avaliação inicial

Durante a avaliação inicial, a ARE apresentou-se orientada, colaborante e adequada. Manteve a atenção nas tarefas solicitadas e empenhou-se na realização das mesmas.

Na **BPM** obteve pontuação total de 25 pontos, equivalente a um perfil psicomotor hiperpráxico. Obteve pontuação máxima nos fatores psicomotores lateralização, noção do corpo, praxia global e praxia fina. Nas subtarefas do fator tonicidade apurou-se, tensão e resistência, sobretudo nos membros superiores. Face à equilíbrio, verificaram-se ligeiras oscilações e reequilibrações. Na estruturação espaciotemporal observaram-se ligeiras hesitações. A ARE apresentava aspeto somático endomorfo, controlo respiratório e ausência de desvios posturais.

Através da **LOFOPT** verificou-se que, face às relações emocionais, a ARE mantinha contacto inibido e formal, aguardando que os outros o iniciassem (-2). No tópico autoconfiança, a utente apresentava falta de iniciativa, sendo hesitante nas suas movimentações (-2). A nível da atividade constatou-se passiva, realizando movimentos pouco dinâmicos e lentificados (-1). No que diz respeito à relaxação, constatou-se tensões musculares na realização das tarefas (+2). Relativamente ao controlo dos movimentos, realiza movimentos cautelosos e medidos (+2). Na atenção focaliza mantinha-se ligeiramente não envolvida nas atividades (-1). Face à expressividade do movimento, a utente revela movimentos, posturas e expressões faciais monótonas, revelando-se apática (-2). Na questão da comunicação verbal, apesar de se

constatarem progressos face ao internamento, a ARE apresentava-se ligeiramente não comunicativa (-1). Por fim, na regulação social exprime alguma agressividade e ligeira falta de regras (-1).

No **DAP** obteve a pontuação total de 43 pontos no desenho do homem, 51 pontos no desenho da mulher e 47 no desenho da própria, revelando boa representação do corpo. Comum aos três desenhos, observou-se a ausência de orelhas. Verificou-se um crescente sobreenvolvimento da utente na atividade, empenhando-se nos pormenores. Quando chegou ao terceiro desenho, desenho da própria, não conseguiu concluí-lo por exceder o tempo de realização.

Através dos resultados do **SCL-90-R** constatava-se que os valores reportados de hostilidade e ideação paranoide se encontram dentro da média. As restantes dimensões apresentaram valores acima da média sendo os valores mais elevados, dois desvios-padrão acima da média, pertencentes às dimensões: depressão, ansiedade, ansiedade fóbica e psicoticismo.

Na **TAS-20**, a ARE obteve um total de 67 pontos, apresentando elevada alexitimia. A maioria dos itens reportados são referentes ao primeiro e segundo fatores.

Hipóteses explicativas

As hipóteses explicativas foram estabelecidas com base nas informações obtidas através de entrevista, de dados contidos no processo sobre a história pessoal e clínica da utente, de informações adquiridas junto da equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria, da avaliação inicial e de diálogos com a utente ao longo da intervenção.

Segundo Torgersen (2009), os utentes com Perturbações da Personalidade frequentemente atingem um nível de escolaridade acima da população geral, o que é concordante com o caso da ARE, uma vez que ingressou num curso superior de Engenharia com média de entrada elevada.

A sensação de tédio e vazio do corpo precisa ser preenchido para que o sujeito sinta que existe. Refletidas na tentativa de existência, procura sensações corporais fortes através de comportamentos viciantes, nomeadamente através da ingestão de drogas (André et al., 2004).

À data do agravamento da sintomatologia e do primeiro internamento, a utente apresentava consumo de canábis o que, segundo o DSM-5 (APA, 2014), está associado ao desenvolvimento de sintomas internalizantes e externalizantes, refletindo maior fator de risco de desenvolvimento de perturbações mentais.

O consumo de canábis pode afetar o funcionamento comportamental e cognitivo, interferindo na função executiva superior e levando a dificuldades académicas, profissionais e sociais (APA, 2014).

O DSM-5 (APA, 2014) afirma ainda que utentes com perturbações da personalidade podem apresentar um padrão de autossabotagem quando a sua meta está para ser atingida. Esta situação verificava-se na descompensação psiquiátrica em momentos de maior pressão a nível académico, como reforçado pelos pais da utente.

Associada à Perturbação por Uso de *Cannabis* está a baixa satisfação com a qualidade de vida e o aumento de tratamentos de saúde mental e hospitalização (APA, 2014).

Segundo Godinho (2014), os utentes diagnosticados com PELP recorrem ao serviço de urgência por conflitos interpessoais. Esta situação verificou-se no último internamento da ARE, o qual foi motivado por agressividade.

Nesta perturbação da personalidade, a agressividade surge como uma forma de escapar à solidão, sendo assim direcionada para o(s) outro(s). Pode ser causada por acontecimentos ambientais sem importância para quem os rodeia, mas que põem em causa a autoestima da pessoa, provocando ansiedade e passagem ao ato (André et al., 2004).

A ação surge como forma para lidar com oscilações afetivo-emocionais difíceis de gerir, acontecendo principalmente em momentos de agudização da patologia, porque a utente é incapaz de verbalizar e expressar o seu sofrimento (André et al., 2004).

O agravamento da sintomatologia da utente ARE ocorreu simultaneamente com a conclusão do curso de uma amiga considerada chegada e conseqüente saída da casa onde ambas residiam.

O abandono real ou imaginário é marcado por instabilidade afetiva e impulsividade (APA, 2014). Os utentes diagnosticados com PELP sentem o abandono do outro como uma sensação de inexistência. A relação com o outro é de tipo anaclítico na qual o indivíduo é incapaz de ficar sozinho. Numa situação de isolamento, é dominado por uma sensação de vazio e ausência de sentido da sua existência, que se traduz numa sensação de ataque à autoestima (André et al., 2004).

A utente realizava diversas chamadas por dia para o pai e, de um dia para o outro, deixou de ligar e de atender as ligações. A ARE apresentou ainda queixas direcionadas aos seus pais sobre estes apresentarem cuidados excessivos e um comportamento controlador e intrusivo.

Um afeto alternadamente projetado para o exterior e depois sentido como ideias de persecutórias é projetado em cuidadores considerados incapazes de proporcionar alívio e cura (André et al., 2004). Segundo Bateman e Fonagy (2010), os comportamentos parentais estão associados a maior risco de desenvolver PELP. Apenas 6 a 8% dos vínculos são considerados seguros (Godinho, 2014).

Indivíduos diagnosticados com Perturbação Estado-Limite da Personalidade frequentemente apresentam comorbidade com uso de substâncias e sintomas dissociativos (APA, 2014; Godinho, 2014; Lucas & Saraiva, 2014), como aconteceu com a utente ARE no primeiro e no segundo internamento, respetivamente.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), os sintomas dissociativos são caracterizados por perturbações na consciência, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e no comportamento, podendo variar em função da motivação psicológica, do nível de *stress*, de conflitos internos e da resiliência emocional.

Os sintomas dissociativos transitórios incluem sintomas como depressão, ansiedade e abuso de substâncias, ocultando ou não consciência para estes sintomas (APA, 2014; Godinho,

2014), como se verificou com a manutenção da ausência de crítica para a situação que motivou o internamento.

Segundo André et al. (2014), as ideias obsessivas, como as questões da limpeza, costumam estar presentes nestes indivíduos. Efetivamente, a utente reforçou o seu empenho em ter os seus espaços limpos e organizados.

Perfil intra-individual

Através das recolhidas, e face ao plano de reabilitação da utente ARE, estabeleceram-se as áreas fortes e as áreas a desenvolver, apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9. Perfil intra-individual do Estudo de Caso ARE

Áreas fortes	Áreas a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> • Lateralização • Noção do corpo • Praxia global • Praxia fina 	<ul style="list-style-type: none"> • Relações emocionais • Comunicação verbal • Redução da psicossintomatologia • Redução da alexitimia

Objetivos terapêuticos

A motivação para a intervenção potencializa o alcance dos objetivos terapêuticos, em articulação com a equipa multidisciplinar e com a utente, com vista à promoção de competências psicossociais e à redução da sintomatologia reportada.

Com base na avaliação psicomotora inicial e tendo em consideração o perfil intra-individual da ARE, foram estabelecidos os objetivos terapêuticos para a intervenção psicomotora apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Objetivos terapêuticos para o Estudo de Caso ARE

Objetivo Gerais	Objetivos Específicos
Melhorar as relações emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver contactos emocionais apropriados com os utentes
Promover a expressividade do movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a expressividade facial e corporal • Utilizar a gestualidade como suporte à linguagem
Aumentar a autoconfiança	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar iniciativa e autonomia nas tarefas
Reduzir a alexitimia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, compreender, pensar e descrever os seus sentimentos • Distinguir estados emocionais de alterações fisiológicas
Promover a atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de forma ativa e adequada
Desenvolver a autorregulação emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autorregulação dos ritmos internos e do estado tónico enquanto estratégia de redução dos sintomas • Promover a estabilidade e regulação emocional • Desenvolver a tolerância à frustração
Promover a expressividade corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os movimentos, posturas e expressões faciais

Objetivo Gerais	Objetivos Específicos
Promover a comunicação verbal e não verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer contactos adaptados à situação • Promover a funcionalidade do discurso • Adaptar a linguagem e o tom à pessoa a quem se dirige
Promover a regulação social	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar acordos, normas e/ou regras de lugares e atividades • Adequar o comportamento consigo, com os outros e com o espaço

Projeto Terapêutico

Em seguida serão abordadas as diretrizes e a fundamentação da Intervenção, a tipologia e frequência das sessões, a estruturação das sessões, as estratégias específicas da intervenção e exemplos de atividades.

Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

O movimento é usado como uma ferramenta terapêutica para estimular a corporificação da mente, que necessita de treino e habilidades específicas. O processo de mentalização durante as sessões de movimento é uma força terapêutica crucial (Probst et al. 2010; Probst, 2017).

Através do corpo em movimento, o terapeuta promove novas vivências e potencializa habilidades mentais que permitam ao indivíduo mentalizar o que está a experienciar (Novais, 2004; Probst et al., 2010; Probst, 2017).

A mentalização é a capacidade para pensar sobre estados mentais separadamente das ações, e no qual se pretende que o utente identifique, nomeie e perceba a sua origem, dando ênfase a pensar antes de agir (Bateman e Fonagy, 2010). O processo de consciencialização e de mentalização durante as sessões é uma das principais valências e deve ser estimulado (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

O psicomotricista pode ajudar na identificação de estados emocionais, na conexão de sentimentos a ações e no desenvolvimento de uma capacidade reflexiva, criando um ambiente no qual o utente possa reestruturar as experiências em contexto social seguro sob orientação terapêutica (Probst et al., 2010).

Importa reforçar o estabelecimento de objetivos atingíveis e realísticos, permitindo atribuir valor à intervenção psicomotora face à recuperação da qualidade de vida e melhorando o prognóstico (Torgersen 2009; Probst, 2010).

Em utentes diagnosticados com Perturbação da Personalidade, a intervenção psicomotora visa reformular e reorganizar as experiências do utente sob a orientação de um modelo saudável, fornecendo vivências de âmbito emocional e relacional que o ajudem a lidar com as emoções (Probst et al., 2010; Probst, 2017).

É importante enfatizar o papel significativo que o corpo desempenha nas interações sociais, funcionando como um meio de comunicação. Os indivíduos enfrentam desafios ao tentar expressar verbalmente as suas emoções, as quais são predominantemente experienciadas a nível corporal (André et al., 2004).

O corpo do utente diagnosticado com PELP foi pouco ou nada simbolizado. As angústias do utente só poderiam ser vivenciadas corporalmente, com um modo de expressão somático. O processo de dessomatização, que leva à simbolização e portanto à linguagem, não está bem estabelecido (André et al., 2004).

O uso de terapias mediadas pelo corpo vai na direção de um trabalho de valorização narcísica, fornecendo uma resposta à questão do sentimento de existência (André et al., 2004). A intervenção psicomotora deve permitir trabalhar a questão da distância correta do relacionamento, estimulando a tolerância à frustração através da mentalização. A dificuldade em manter o contacto visual pode pôr em risco a autoimagem (André et al., 2004).

Maréville (2022) afirma que para alcançar os objetivos da intervenção o psicomotricista recorre a técnicas de mediação corporal e mediadores, sendo o corpo o principal mediador.

Segundo André et al. (2004), de forma a reforçar o sentimento de existência, a intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com PELP deve conter abordagens como a relaxação, terapias sensório-motoras e improvisação dramática.

Tipologia e frequência das sessões

Após a alta, a ARE ingressou um grupo terapêutico pós-alta, composto por sete elementos com psicopatologias diversas, que beneficiavam de intervenção multidisciplinar de segunda a quinta-feira. As sessões de psicomotricidade decorriam às terças e quintas e as sessões de terapia ocupacional decorriam às segundas e quartas. Todas as sessões tinham a duração de duas horas e realizavam-se em horário pré-definido, entre as 14h e às 16h.

Foi proposta intervenção psicomotora em contexto individual, contudo a utente recusou alegando que o grupo lhe consumia uma grande carga horária semanal e que necessitava do restante tempo para se dedicar ao seu percurso académico.

Estruturação das sessões

As sessões começavam com um diálogo inicial no qual se realizava uma retrospeção da sessão anterior e se averiguava o estado atual da utente. A estagiária expunha ao grupo as atividades planeadas para a sessão e os objetivos terapêuticos da sua realização, cativando o foco atencional do grupo e permitindo a negociação de atividades caso a maioria concordasse.

Em seguida, eram dinamizadas as atividades tendo em consideração os utentes presentes na sessão e visando o alcance dos objetivos terapêuticos transversais aos elementos do grupo. As atividades visavam a ativação corporal e a exacerbação de sensações e sintomas para posterior reflexão. Recorriam-se a técnicas de integração sensorial, técnicas perceptivo-motoras, técnicas expressivas e criativas com recurso a mediadores e a relaxação terapêutica.

Após as atividades, ocorria um momento de retorno à calma, com recurso a música e com vista à redução da atividade corporal, à regulação do estado tónico e dos ritmos internos. Realizavam-se exercícios de respiração, *mindfulness*, movimentos corporais e/ou (auto)massagem.

No momento da reflexão era promovida a exteriorização das vivências psicocorporais, no qual se incentivava a verbalização e a mentalização. Em grupo, eram incentivados a aprofundar as experiências e estratégias utilizadas durante a sessão e a refletir sobre como transpor essas aprendizagens para o quotidiano.

Em seguida, decorria a relaxação, com ênfase na relaxação progressiva de Jacobson. Esta era realizada numa sala diferente que reunia condições propícias à atividade, nomeadamente a adequação da temperatura e a luminosidade do espaço.

Por fim, no diálogo final, procurava-se consolidar os principais objetivos das atividades realizadas e saber a opinião de cada elemento em relação às mesmas. Entre outras questões, procurava-se identificar a forma como se sentiram ao longo da sessão.

Estratégias específicas

De modo a atingir os objetivos terapêuticos para a intervenção psicomotora, foram utilizadas estratégias facilitadoras do seu alcance, tais como:

- Realização de sessões planeadas e estruturadas baseadas em metas realistas;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica;
- Verbalização das atividades e mentalização das vivências psicocorporais;
- Estabelecimento de regras e de rotinas que permitissem a antecipação;
- Explicação dos objetivos das atividades como forma de compreensão dos benefícios e para potencializar a adesão e motivação.

Exemplos de atividades

Para dar exemplos de atividades adequadas à ARE, tomemos como ponto de partida um baralho de cartas criado pela estagiária, em que metade das cartas continha escrito o nome de emoções e a outra metade continha fotografias com expressões faciais e corporais alusivas às mesmas. Algumas das atividades realizadas com recurso a este material foram: i) associação da carta do nome à carta com a expressão facial e corporal, ii) cada elemento tirava uma carta e realizava improvisação mímica e dramática para os restantes elementos do grupo diferenciarem a emoção, iii) identificação e partilha de situações pessoais em que se sentiram de acordo com cada emoção, iv) distinção da expressão facial e corporal no corpo; v) reconhecimento de sinais e sintomas das emoções, vi) determinação de estratégias para regulação emocional; vii) partilha de situações que fizeram a utente sentir-se daquela forma, como agiu e reagiu; viii) consciencialização dos ritmos internos associados a cada emoção, refletindo sobre as sensações corporais.

Progressão Terapêutica

Nas primeiras semanas, a ARE apresentou-se ansiosa, possivelmente face a um novo registo de intervenção, com um grupo de utentes cuja maioria não conhecia, e com o início da intervenção psicomotora com a estagiária, área que a utente desconhecia.

A postura nas primeiras sessões foi defensiva e desafiante. A utente ARE preferia atividades individuais e que não exigissem diálogo e, quando as atividades o exigiam, dava respostas fechadas, não desenvolvendo o discurso. Além de se observarem estados de tensão e postura fechada em relação ao grupo, tais posturas eram acompanhadas de fuga ao contacto visual.

Inicialmente, a utente mostrava-se questionadora sobre as atividades que seriam realizadas e sobre o motivo pelo qual a estavam a realizar. Após a explicação, a utente aderiu e participava. Desta forma, a estratégia adotada pela estagiária passou por abordar os objetivos da realização das atividades durante o diálogo inicial. As atividades mais adequadas à ARE foram as atividades expressivas nas quais a utente exteriorizava angústias e libertava emoções e tensões.

Apesar de se mostrar mais reticente e de realizar frequentes verbalizações durante as atividades, por vezes não aguardando o término da instrução, foi progressivamente envolvendo-se nas atividades e relacionando-se com o grupo. A utente cumpria os objetivos da tarefa em períodos frequentemente mais curtos que os restantes elementos do grupo, levando a comportamentos sociais desadequados e desestabilizadores dos restantes elementos, adequando-os quando solicitado.

Em relação aos pares, com exceção da utente do grupo com a qual criou relação durante o internamento e por quem mantinha interesse restrito, a utente adotava uma postura indiferente face aos restantes elementos do grupo, não iniciando diálogos e dando respostas curtas quando a abordavam.

É importante referir que a utente ficou sem intervenção por um mês uma vez que se encontrava no período de avaliações curriculares, estando a residir na cidade universitária.

Após o regresso, veio com uma postura diferente. A utente referiu que os exames correram bem, que conseguiu regular a sintomatologia e que se sentia mais estável. Desta forma, foi notório que passou a dar mais reconhecimento à intervenção, empenhando-se na realização das atividades e apresentando uma postura mais adequada e colaborante. Verbalizou que se sentia mais motivada para encarar as próximas etapas académicas e com mais ferramentas para estabelecer novas relações sociais.

A ARE foi progressivamente ganhando competências nas áreas estabelecidas nos objetivos e referiu que as atividades que realiza nas intervenções lhe deram autoconhecimento e autoestima, sentindo-se mais motivada para enfrentar as situações. Diz que retomou atividades que gostava e que não realizava há meses, como tocar guitarra e cozinhar, e que esses momentos são cruciais para regular a sintomatologia.

A utente também adotou uma postura menos questionadora das atividades e começou a mostrar mais iniciativa e a apresentar sugestões de atividades que poderiam ser realizadas nas sessões. A ARE realizava as atividades com motivação e era visível que estava a usufruir da realização das mesmas. Apresentou com humor eutímico e passou a preferir atividades coletivas. Adotou uma postura de ajuda com os elementos que apresentavam mais dificuldades, assumindo uma postura proativa.

Enquanto inicialmente a utente verbalizava que só estava ali porque os pais a “obrigavam”, passou a reconhecer os benefícios da intervenção. Mostrando-se mais recetiva, relaxada e com uma postura congruente com o humor, melhorando a sua expressão facial e corporal e conseguindo manter o contacto visual com a estagiária e com os elementos do grupo mais próximos de si de forma espontânea. Ao mostrar-se mais disponível para o grupo, também foi progressivamente melhorando a sua linguagem gestual de suporte à comunicação verbal, bem como a sua reação à frustração. A utente adquiriu estratégias de gestão da distância interpessoal e passou a tolerar o toque do outro.

Posteriormente, a utente apresentou maior disponibilidade em partilhar vivências e preocupações com o grupo através da verbalização, realizando com melhor prestação e empenho atividades com enfoque na identificação e descrição de emoções e estados corporais.

Face às relações emocionais, o par anteriormente abordado progrediu para um trio, um utente do género masculino, com o qual combinavam planos fora da intervenção.

Com a aproximação do início do segundo semestre e conseqüentemente com o regresso à cidade universitária, a utente mostrou-se entusiasmada, focando-se no facto de ir mudar de casa e nas vantagens que isso lhe traria.

Avaliação Final e Comparação dos Resultados

A avaliação final aconteceu face à alta do grupo terapêutico, uma vez que a utente iria começar o segundo semestre, retomando as aulas e regressando a residir na cidade universitária.

Na **BPM**, obteve a pontuação total de 27 pontos, mantendo o perfil psicomotor hiperpráxico. Averiguaram-se melhorias nos fatores equilíbrio e estruturação espaciotemporal. Nas subtarefas de equilíbrio estático, verificou-se maior controlo postural. Na estruturação espaciotemporal obteve progressos na organização e na estruturação rítmica, constatando-se ajustamento correto e realização sequencial e rítmica adequada. Face à tonicidade, apesar de não se verificarem alterações quantitativas, foram observadas melhorias na capacidade de descontração.

Através da **LOFOPT**, constatou-se que, no que diz respeito às relações emocionais, a utente apresentou um contacto apropriado (0). Relativamente à autoconfiança, verificou-se mais iniciativa e independência na realização das atividades (0). No tópico da atividade, apresentou participação ativa (0). Na relaxação, constatou-se redução das tensões face à avaliação inicial (+1). O controlo dos movimentos foi adequado (0). Relativamente à atenção, a utente mantinha-se adequadamente envolvida nas atividades (0). Na expressividade do movimento, apesar de mais expressiva, mostrou-se ligeiramente apática (-1). Face à comunicação verbal, manteve-se pouco comunicativa (-1). Na regulação social, manteve incumprimento de algumas regras (-1).

Comparando os momentos de avaliação, a utente apresentou adequação em cinco categorias e regulou na relaxação e na expressividade do movimento. Na comunicação verbal e na regulação social a ARE manteve a pontuação face à avaliação inicial, apesar de se verificarem melhorias qualitativas. Adequou o discurso e a linguagem e apresentou compreensão das normas.

No **DAP**, a ARE obteve a pontuação total de 56 pontos em cada um dos três desenhos, obtendo igual cotação nos critérios atribuídos e revelando consistência. As principais evoluções foram a realização de orelhas, com a atribuição da pontuação máxima nos três desenhos, e a gestão do tempo, concluindo todos os desenhos dentro do tempo previsto.

Através dos resultados do **SCL-90-R**, verificaram-se valores dentro da média para a somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e ideação paranoide. As restantes dimensões ficaram acima da média. A ansiedade e a ansiedade fóbica foram as dimensões com maior prevalência de sintomas reportados, encontrando-se um desvio-padrão acima da média. Face à avaliação inicial, verificou-se uma diminuição da sintomatologia reportada em todas as dimensões, à exceção da dimensão ansiedade e ansiedade fóbica que apresentaram um aumento da sintomatologia reportada.

Na **TAS-20**, a ARE obteve um total de 60 pontos, apresentando alexitimia moderada. A redução da pontuação é referente ao estilo de pensamento orientado para o exterior. Embora não tenha havido melhoria quantitativa nos outros fatores, através de avaliação informal e em reunião de equipa, constataram-se progressos na capacidade de identificar e descrever sentimentos e na distinção das sensações corporais da ativação emocional.

Discussão dos resultados

A maioria dos utentes entra gradualmente em remissão sintomática e a taxa de remissão pode ser acelerada por intervenções psicossociais (Gunderson et al., 2018).

Surgem melhores resultados no acompanhamento no período pós-alta que incluem intervenção em dinâmica de grupo, uma vez que favorecem vinculações seguras (Godinho, 2014).

Fomentar uma boa relação de grupo é fundamental para o sucesso da intervenção terapêutica. O grupo permite reduzir o isolamento, favorece a partilha de vivências e promove a entreatajuda (Oltmanns & Emery, 2015).

Considera-se que o estabelecimento de uma relação empática com a estagiária e os elementos do grupo possibilitam que a utente se sentisse segura e confiante para exteriorizar as suas angústias e preocupações (Lucas & Saraiva, 2014).

A postura desafiante e questionadora inicialmente apresentada pela utente nas sessões de psicomotricidade era congruente com o descrito por André et al. (2004), uma vez que a utente estaria a externalizar ao expressar a sua necessidade de controlo sobre as atividades planeadas.

Face aos progressos apresentados, a ARE reconhece que as dificuldades em manter relações emocionais persistem. Segundo André et al., (2004), utentes diagnosticados com PELP apresentam dificuldade em estabelecer relações de continuidade.

Na avaliação inicial, a utente reportou valores muito elevados de depressão, ansiedade, ansiedade fóbica e psicoticismo. E, após intervenção psicomotora na qual a utente frequentou 14 sessões de psicomotricidade, constataram-se melhorias em todas os instrumentos aplicados, à exceção da sintomatologia reportada nas dimensões ansiedade e ansiedade fóbica do SCL-

90-R. Este aumento de sintomatologia é congruente com as verbalizações da utente, focadas nas preocupações face ao segundo semestre universitário e a voltar a residir noutra cidade.

Segundo André et al. (2004), a ansiedade está no centro da sintomatologia dos utentes com PELP, bem como sintomas de depressão e ideias de perseguição apresentados na avaliação inicial.

Conclusões

Em suma, após 14 sessões de psicomotricidade, apurou-se redução global da sintomatologia psicopatológica reportada, diminuição do constructo da alexitimia, promoção do perfil psicomotor, melhoria na representação corporal e adequação do funcionamento psicossocial.

Face à comparação dos resultados obtidos entre avaliações e ao reconhecimento dos progressos pela ARE e pela equipa multidisciplinar, parece plausível inferir a pertinência da intervenção psicomotora nesta utente.

Para a intervenção psicomotora com utentes diagnosticados com PELP, considero importante o recurso a uma escala de observação do funcionamento psicossocial: a auscultação dos sintomas mais reportados pelos indivíduos, valorizando as suas queixas; e a avaliação do constructo de alexitimia, enquanto fator de risco em utentes psiquiátricos.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5 (5.ª ed.) (pp. 771-797). Lisboa: Climepsi Editores.
- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2nd ed., revised and expanded, pp. 126-131). Ed. Heures de France.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2021). *Regulamento Profissional do Psicomotricista*. Retrieved December 18, 2021.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale— I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Greenwood Publishing Group.

- Chincalcece, L. F. I. (2009). Alexitimia e psicopatologia: Estudo exploratório em alunos de Psicologia (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal).
- Correia, D., Guerreiro, D., & Barbosa, A. (2014). Semiologia psicopatológica. In D. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia* (2nd ed., pp. 19-96). LIDEL-edições técnicas, lda.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (Vol. 3, pp. 1-41). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781410610614>
- Fonseca, V. da. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores* (3rd ed.). Âncora Editora.
- Godinho, P., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Afonso, P. (2014). Perturbações da Personalidade. *Lisboa: Lidel*, 59–77.
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4(1), 18030.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.30>
- Lucas, R. F., & Saraiva, C. B. (2014). Perturbações de Personalidade. In J. Cerejeira (Ed.), *Psiquiatria Fundamental* (pp. 425-441). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Maréville, F. (2022). Place des psychomotriciens dans les équipes pluridisciplinaires. In M. Le Corre (Ed.), *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (pp. 85-115). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A quantitative scoring system*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na Equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*, 4, 103-111.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 9(1), 9-21.
- 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. <https://doi.org/10.2174/1876391X010020010105>
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. In E. Dreeben-Irimia (Ed.), *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation* (pp. 25-47). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68315>
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Gatecel & A. Lefranc (Eds.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 27-37). Dunod.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
- Schoeberlein, D. R. (2009). *Mindful Teaching and Teaching Mindfulness: A Guide for Anyone Who Teaches Anything*. Somerville, MA: Wisdom Publications Inc.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 624–632
- 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. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- Van Damme, T. (2018). Relaxation therapy. In M. Probst & L. H. Skjaerven (Eds.), *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: A Scientific and Clinical Based Approach* (pp. 80-85). Elsevier Health Sciences.
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018, November). Regulação emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress*. Proceedings of the International Seminar. Évora, Portugal.

VI. CONCLUSÃO

A intervenção psicomotora em saúde mental, especialmente em psiquiatria e saúde mental com adultos, é uma área relativamente recente pelo que exigente ainda pouca literatura. No entanto, tem-se verificado um aumento da pesquisa e do investimento científicos, havendo progressivamente um maior reconhecimento da área e da sua importância.

A manutenção da orientadora académica face ao estágio da licenciatura proporcionou à estagiária a segurança necessária para enfrentar os desafios que foram surgindo. Para tal, foi relevante a disponibilidade da professora e o auxílio no desenvolvimento de um juízo crítico.

Inicialmente, o facto de o orientador local ter sido um enfermeiro, e não um psicomotricista, deixou a estagiária apreensiva. Porém, a sua afabilidade e conhecimentos transversais, uma vez que tem formação académica em psicologia, enriqueceram a experiência.

O espírito de equipa estava consolidado, nomeadamente nas reuniões semanais da equipa do internamento. Creio que uma das coisas mais importantes aprendidas foi que a colaboração e o trabalho em articulação diária entre profissionais é fundamental para uma recuperação mais rápida e eficiente dos utentes.

Nas reuniões de equipa multidisciplinar, a presença de profissionais de diferentes áreas e os seus pontos de vista permitiram o desenvolvimento de uma visão integral sobre os utentes. Apenas olhando no sentido mais amplo, conseguimos potenciar o melhor de cada um.

A observação das sessões da terapeuta ocupacional foi uma mais-valia para a aquisição de estratégias e de ferramentas de gestão de situações ou intercorrências. Nas primeiras sessões da estagiária, a terapeuta ocupacional realizou observação participada e não-participada, tranquilizando a aluna em formação para que, caso alguma coisa pudesse correr menos bem, esta pudesse intervir e regularizar a intercorrência.

Esta segurança também se deveu à relação estabelecida com a terapeuta ocupacional que muito contribuiu para a integração da aluna em formação no serviço de psiquiatria.

A aluna em formação percebeu melhor de que forma a psicomotricidade e a terapia ocupacional divergem nas suas abordagens, mas convergem nos objetivos globais de reabilitar o utente. Mais do que identificar os objetivos terapêuticos, importa perceber quais são as expectativas do utente e saber ajustá-las e priorizá-las face ao potencial de cada um.

Apesar de a aluna em formação ter sentido que entre si e a terapeuta ocupacional a diferença e complementaridade da intervenção era compreendida, pareceu que o conhecimento dos restantes profissionais de saúde sobre ambas as áreas técnicas era ténue.

Assim, a estagiária considera que a apresentação do trabalho desenvolvido por ambas as áreas nos grupos terapêuticos, realizada à equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria, deveria ter sido realizada previamente. Desta forma, teria também sido possível divulgar e esclarecer a importância da psicomotricidade em psiquiatria e saúde mental.

Nos grupos terapêuticos acompanhados, havia heterogeneidade de idades, psicopatologias e funcionamento psicossocial. O desafio prendeu-se no estabelecimento de objetivos terapêuticos e na realização de planeamentos de sessão com complexidade ajustável e estimulante para os diversos elementos integrantes dos grupos terapêuticos.

Para tal, a LOFOPT foi imprescindível, destacando-se pela praticidade de aplicação através da observação, tão importante em psicomotricidade, e pela qualidade da informação que fornece sobre os objetivos terapêuticos com indivíduos com perturbações psiquiátricas.

As sessões em grupo ajudavam a combater o isolamento e possibilitavam o estabelecimento de relações entre utentes. Os objetivos da intervenção incluíam a adequação do funcionamento psicossocial, a redução do estigma associado às patologias psiquiátricas, a facilitação da adesão terapêutica, a consciencialização corporal e o aumento da qualidade de vida através de atividades que promovessem o bem-estar e o autoconhecimento.

Sobretudo no internamento, foi frequentemente explicado em que consiste a psicomotricidade e a que problemáticas dá resposta, negociando as atividades e/ou os mediadores, dando possibilidade de escolha.

Com esta população ajuda explicar as atividades que vão ser desenvolvidas, os objetivos da sua realização e, por vezes, os mediadores que vão ser utilizados na sessão. Desta forma, os utentes compreendiam e realizavam as atividades propostas de forma mais empenhada.

Os mediadores são fonte de interesse e motivação e foram frequentemente utilizados para envolver os elementos dos grupos em atividades com maior exigência de interação social.

A importância da intervenção psicomotora num serviço de psiquiatria está cada vez mais difundida. No término do estágio, em reunião de serviço, a sua pertinência para os utentes que dela beneficiaram foi confirmada, bem como a necessidade da sua expansão e valorização.

O investimento contínuo teórico e prático é de extrema importância, seja através da revisão e atualização da literatura ou de formações e vivências psicocorporais do psicomotricista.

Em suma, o estágio relatado constituiu uma etapa muito enriquecedora, tanto a nível profissional quanto pessoal, mostrando a importância da resiliência de/em lutar pelo que acreditamos e pelos nossos objetivos, independentemente das adversidades do percurso.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2014). Esquizofrenia. In M. L. Figueira, D. Sampaio, & P. Afonso (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 163-187). LIDEL.
- Aggarwal, A., & Kean, E. (2010). Comparison of the Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE) to the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screening tool in an inpatient rehabilitation setting. *Neuroscience and Medicine*, 1(2), 39-42.
- Albaret, J. M., Corraze, J., Soppelsa, R., & Golly, V. L. (2012). *Psychiatrie et psychomotricité*. Entretiens de Psychomotricité, 7-12.
- Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*. Climepsi Editores.
- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2nd ed., revised and expanded, pp. 126-131). Ed. Heures de France.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2021). *Regulamento Profissional do Psicomotricista*. Dezembro 18, 2021.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale— I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Barbosa, I. G., Ferreira, R. de A., Huguet, R. B., Rocha, F. L., Salgado, J. V., & Teixeira, A. L. (2011). Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 60(4), 271–276. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852011000400007>
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Greenwood Publishing Group.
- Cantilino, A., Rennó Jr, J., Ribeiro, H. L., Calvasan, J. P., Demarque, R., Ribeiro, J. d. A. M., Valadares, G., Rocha, R., & da Silva, A. G. (2016). Bipolar disorder and gender: What are the news? *Revista Debates em Psiquiatria*, 6, 10–18. <https://doi.org/10.25118/2236-918x-6-5-2>

- Cavelti, M., Beck, E.-M., Kvrjic, S., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology, 68*(4), 462–476. <https://doi.org/10.1002/jclp.20872>
- Chincalece, L. F. I. (2009). Alexitimia e psicopatologia: Estudo exploratório em alunos de Psicologia (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal).
- Cooper, S., Lavaysse, L., & Gard, D. (2015). Assessing motivation orientations in schizophrenia: Scale development and validation. *Psychiatry Research, 225*, 70-78.
- Correia, D., Guerreiro, D., & Barbosa, A. (2014). Semiologia psicopatológica. In D. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia* (2nd ed., pp. 19-96). LIDEL-edições técnicas, lda.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (Vol. 3, pp. 1-41). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410610614>
- Assembleia da República. (2023). Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 141/2023, 2-23. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses*.
- Engström, G., & Träskman-Bendz, L. (1999). Blood folate, vitamin B12, and their relationships with cerebrospinal fluid monoamine metabolites, depression, and personality in suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*(2), 131-137.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.
- Fonseca, V. da. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores* (3rd ed.). Âncora Editora.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica, 9*(3), 345-357.

- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996.
- Freitas, S., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no défice cognitivo ligeiro, doença de Alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular. *Sinapse*, 1(14), 18-30.
- Giromini, F. (2017). *La spécificité de la médiation en psychomotricité*.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La Psychomotricité*. QUE SAIS-JE.
- Graham, K., Martin-Iverson, M., Holmes, N., Jablensky, A., & Waters, F. (2014). Déficits in agency in schizophrenia, and additional déficits in body image, body schema, and internal timing, in passivity symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 5(126).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00126>
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18.
- Guerreiro, M. P. S. A., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Hátlová, B., Ségárd, M. A., Probst, M., Chytrý, V., & Chalupová, E. (2020). The effect of psychomotor therapy on mental health in in-patient schizophrenia treatment: A randomized, double-blind intervention study. *Acta Gymnica*, 50(2), 83-88.
<https://doi.org/10.5507/ag.2020.009>
- Holden, S., Clarke, T., & Priebe, S. (2011). Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia: An open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 196-203. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.06.001>
- Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 84-105.
<https://doi.org/10.1348/014466510X496220>

- Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 41*(1), 54-60. <https://doi.org/10.3109/13668250.2015.1094037>
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., & David, A. (2003). Improvements in physical fitness of non-psychotic psychiatric patients following psychomotor therapy programs. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 43*(4), 513-517.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression, and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(6), 353-361. <https://doi.org/10.1159/000087780>
- Machorrinho, J., Marmeleira, J., Veiga, G., & Santos, G. D. (2023). Feel-Own-Move: A psychomotor therapy program for victims of intimate partner violence living in shelter homes. Feasibility and effects on mental health, bodily dissociation, and quality of life. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.014679>
- Maréville, F. (2022). Place des psychomotriciens dans les équipes pluridisciplinaires. In M. Le Corre (Ed.), *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (pp. 85-115). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- 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*.
- Melo-Dias, C., Lopes, R. C., Cardoso, D. F. B., Bobrowicz-Campos, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Schizophrenia and progressive muscle relaxation: A systematic review of effectiveness. *Heliyon, 5*(4). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01484>
- Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B., & Pedrão, L. J. (2011). Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: Analisando as condições causais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45*(2), 433-441.

- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J. (2011). *Examen géronto-psychomoteur: Manuel d'application*. Hogrefe.
- Morais, A., Santos, S., dos Santos Branco, A. P. L., Tuzzo, R., & Mila, J. (2016). Propriedades psicométricas do Examen Geronto-Psychomoteur (EGP): A validação em Portugal e no Uruguai. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41, 5-22.
- Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2021). *Exame geronto-psicomotor*. Hogrefe.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A quantitative scoring system*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na Equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*, 4, 103-111.
- Oliveira, P., Roque, C., Santos, V., & Madeira, N. (2015). Interface entre Demência Frontotemporal e Perturbação Bipolar: A propósito de um caso clínico. *Psiquiatria Clínica*, 36(2), 93-97.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Palaniyappan, L., Mallikarjun, P., Joseph, V., White, T. P., & Liddle, P. F. (2011). Regional contraction of brain surface area involves three large-scale networks in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.020>
- Potel, C. (2012). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (2nd ed.). Paris: Érès.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación*, 9(1), 9-21.

- Priebe, S., & Röhricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101(3), 289-301. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00214-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00214-1)
- Probst, M. (2006). Body experience in eating disorders: Research and therapy. *European Bulletin of Adapted Physical Activity*, 5(1), 1-31.
- 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. <https://doi.org/10.2174/1876391X010020010105>
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. In E. Dreeben-Irimia (Ed.), *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation* (pp. 25-47). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68315>
- Probst, M., & Diedens, J. (2017). The body in movement: A clinical approach. In L. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.), *Eating Disorders - A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness* (pp. 215-236). IntechOpen.
- Renca, S., & Cerejeira, J. (2014). Capítulo 11. Esquizofrenia. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 155-174). Lisboa: Lidel.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 35-60.
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Gatecel & A. Lefranc (Eds.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 27-37). Dunod.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
- Sampogna, G., Fiorillo, A., Luciano, M., Del Vecchio, V., Steardo, L., Poci, B., Barone, M., Amore, M., Pacitti, F., Dell'Osso, L., Di Lorenzo, G., & Maj, M. (2018). A randomized controlled trial on the efficacy of a psychosocial behavioral intervention to improve the lifestyle of patients with severe mental disorders: Study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00235>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248.

- Schoeberlein, D. R. (2009). *Mindful Teaching and Teaching Mindfulness: A Guide for Anyone Who Teaches Anything*. Somerville, MA: Wisdom Publications Inc.
- Simons, J., Van Damme, T., Delbroek, H., & Probst, M. (2017). Impact of mental health problems on physical self-esteem. *European Psychomotricity Journal*, 9(1), 3-32.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., Coffee, P., & Vancampfort, D. (2014). The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.083>
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199. <https://doi.org/10.1159/000287912>
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61-74.
- Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020). Mindfulness and yoga for psychological trauma: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 536-573. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760167>
- Tsang, H. W., Fung, K. M., & Chung, R. C. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.001>
- Urbán, R., Arrindell, W. A., Demetrovics, Z., Unoka, Z., & Timman, R. (2016). Cross-cultural confirmation of bi-factor models of a symptom distress measure: Symptom Checklist-90-Revised in clinical samples. *Psychiatry Research*, 239, 265-274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.039>
- 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. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- Van Damme, T. (2018). Relaxation therapy. In M. Probst & L. H. Skjaerven (Eds.), *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: A Scientific and Clinical Based Approach* (pp. 80-85). Elsevier Health Sciences.

- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Deckx, S., Remans, S., & Probst, M. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 567–575. <https://doi.org/10.1177/0269215510395633>
- Vancampfort, D., Probst, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R., & De Hert, M. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy*, 92(1), 11–23. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110218>
- Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., De Hert, M., Stubbs, B., Soundy, A., & Vanderlinden, J. (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavioral therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 219(2), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.016>
- Vancampfort, D., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Stubbs, B., Soundy, A., De Smet, J., & Probst, M. (2015). Health-related physical fitness in patients with bipolar disorder vs. healthy controls: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 177, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.058>
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018, November). Regulação emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress*. Proceedings of the International Seminar. Évora, Portugal.
- Vicente, A., Chin, Â., & Vicente, F. (2018). Ácido fólico no tratamento da depressão: Uma revisão baseada na evidência. *Gazeta Médica*, 5(4). World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.