

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

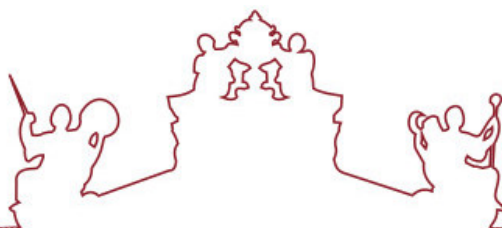
Relatório de Estágio

Intervenção Psicomotora numa Comunidade Terapêutica

Cláudia Raquel Laurêncio Rodrigues

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria Fragoso Melo
Maria da Graça Santos

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

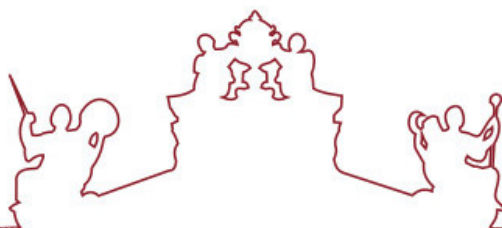
Relatório de Estágio

Intervenção Psicomotora numa Comunidade Terapêutica

Cláudia Raquel Laurêncio Rodrigues

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria Fragoso Melo
Maria da Graça Santos

Évora 2022



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 | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

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

“A prática psicomotora é unificadora, no sentido em que veicula os laços entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento.”

(Martins, 2001b, p.32)

Agradecimentos

Às minhas orientadoras da Universidade de Évora, a Professora Doutora Gabriela Almeida e a Professora Doutora Maria da Graça Santos, pela enorme disponibilidade, pelos conselhos, pela partilha de conhecimentos e sabedoria, mas acima de tudo, por acreditarem em mim e nunca terem permitido que desistir fosse o caminho.

À minha orientadora da Casa de Alba, Mestre Maria Fragoso Melo, pelo apoio, pelos questionamentos, pela confiança e força que depositou em mim, tendo sido a minha terapeuta na Casa de Alba em momentos mais difíceis.

À Fundação Romão de Sousa, mais especificamente, a toda Equipa Clínica e *Staff* que constituem a Casa de Alba, por terem tornado a minha integração tão fácil, me terem acolhido desde o primeiro momento e terem permitido o meu crescimento das mais variadas formas enquanto profissional.

Aos meus pais e à minha irmã por possibilitarem toda esta experiência, por serem o meu porto de abrigo, a minha casa, em qualquer circunstância.

Aos meus avós, pelo eterno amor, por serem o maior exemplo de força, coragem e bravura. Foram e serão para sempre a minha Estrela-guia.

Aos meus amigos que tantos desabafos e frustrações ouviram nestes últimos anos e por permanecerem ao meu lado como verdadeiros irmãos.

Aos residentes da Casa de Alba, por contribuírem para o meu crescimento profissional e terem proporcionado tantas vivências e emoções de todos os tipos. Tiveram, sem dúvida, um papel fundamental no meu percurso.

RESUMO

Intervenção Psicomotora numa Comunidade Terapêutica

O presente documento descreve a experiência adquirida no âmbito do trabalho desenvolvido em contexto de estágio do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, na Fundação Romão de Sousa, mais concretamente, na Casa de Alba – Comunidade Terapêutica em Saúde Mental. O estágio decorreu de outubro de 2018 a abril de 2019.

Houve um breve período de observação da prática psicomotora na Casa de Alba realizada pela psicomotricista residente. A integração da estagiária na Comunidade Terapêutica foi realizada no primeiro dia, inclusivamente nas rotinas da mesma. Foi possível participar num vasto conjunto de tarefas destacadas a toda a equipa clínica, onde se inclui também a atividade profissional do psicomotricista junto de pessoas com experiência de doença mental, que vai muito além da dinamização de sessões de psicomotricidade em diferentes contextos.

Assim, pretende-se que este relatório seja um contributo para uma maior compreensão da prática psicomotora junto desta população em particular, adultos com perturbações mentais graves, com enfoque no espectro das psicoses e perturbações da personalidade.

Palavras-chave: Saúde Mental de Adultos; Esquizofrenia; Traumatismo Crânio-Encefálico; Psicomotricidade; Comunidade Terapêutica

ABSTRACT

Psychomotor Intervention in a Therapeutic Community

This document reports the experience of an internship at Casa Alba - Therapeutic Community in Mental Health (Romão de Sousa Foundation), as part of the master's degree Program in Psychomotricity of University of Évora. The internship happened between October of 2018 and April of 2019.

The internship began with a brief observation period of the psychomotor intervention at Casa de Alba realized by the resident psychomotor therapist. The intern was integrated on the routines of the Therapeutical Community since the first of the internship. It was possible to participate in various activities carried out by the entire clinical team, including the professional activity of the psychomotor therapist, which goes far beyond the dynamization of psychomotricity sessions.

Thus, it is intended that this report contributes towards enabling a greater understanding of psychomotor practice among adults with severe mental disorders, focusing on the spectrum of psychoses and personality disorders.

Keywords: Adult's Mental Health; Schizophrenia; Traumatic Brain Injury; Psychomotricity; Therapeutic Community

Índice

I.	Introdução	1
II.	Enquadramento Teórico da Prática Profissional	2
1.	A Psicomotricidade no Âmbito da Saúde Mental de Adultos.....	2
2.	Saúde Mental em Portugal.....	3
3.	Metodologias de Intervenção Usadas em Contexto de Estágio	5
3.1.	Mediadores Artístico-Expressivos.....	5
3.2.	Técnicas de Relaxação	7
4.	Caracterização da Instituição.....	8
III.	Organização das Atividades de Estágio	11
1.	Descrição e Calendarização das Atividades Realizadas.....	11
2.	Horário Semanal	15
3.	Progressão das Atividades de Estágio e Nível de Autonomia.....	16
4.	Experiências/ Atividades Complementares de Formação	16
5.	Intervenção Psicomotora na Casa de Alba.....	18
6.	Descrição das Várias Etapas de Intervenção	20
7.	Descrição dos Instrumentos de Avaliação	21
7.1.	Bateria Psicomotora (BPM).....	21
7.2.	<i>The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT)</i>	22
7.3.	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	23
7.4.	<i>Draw a Person – A Quantitative Scoring System (DAP)</i>	23
8.	Descrição do Caso Acompanhado Individualmente	24
8.1.	Manuel.....	25
9.	Descrição dos Participantes das Intervenções em Grupo (ginásio/sala e piscina)	29
9.1.	Francisca.....	29
9.2.	Filomena.....	31
9.3.	Maria	31
IV.	Estudos de Caso	32
	Caso I – José (nome fictício).....	32
1.	Revisão Teórica de Suporte ao Estudo de Caso	32
2.	Identificação e Motivo de Encaminhamento para a Psicomotricidade	34
3.	História Pessoal e Clínica	35
4.	Plano de Avaliação	36

5.	Resultados da Avaliação Inicial	37
5.1.	<i>Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (LOFTOP)</i> .37	
5.2.	<i>Draw a Person (DAP)</i>	38
5.3.	<i>Mini-Mental State Examination</i>	40
5.4.	Bateria Psicomotora (BPM).....	40
6.	Elementos Critério e Hipóteses Explicativas	42
7.	Perfil Intra individual e Objetivos Terapêuticos	46
8.	Projeto Pedagógico-Terapêutico.....	48
8.1.	Nomeação das Diretrizes e Fundamentação da Intervenção.....	48
8.2.	Estratégias Específicas	49
8.3.	Exemplos de Atividades	50
9.	Progressão Terapêutica.....	51
	Caso II – André (nome fictício).....	55
	Resumo	55
	Abstract.....	55
	Introdução.....	56
	Contextualização Teórica	56
	A Esquizofrenia.....	56
	O Corpo Vivido da Pessoa com Esquizofrenia.....	57
	A Expressão Motora na Esquizofrenia	58
	A Importância da Relação Terapêutica	58
	Caracterização do Participante	59
	História Clínica e Pessoal.....	59
	Observação Psicomotora	61
	Objetivos Terapêuticos.....	62
	Progressão terapêutica	62
	Conclusões.....	71
	Referências Bibliográficas	71
V.	Conclusão	73
VI.	Referências Bibliográficas.....	75
	Anexos	i

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho da Figura Humana do Manuel.....	27
Figura 2 - Desenho da Figura Humana do José.....	38
Figura 3 - Resultados obtidos no Mini-Mental Test do José.....	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Cronograma das atividades realizadas na Casa de Alba.....	11
Tabela 2 - Horário das atividades desenvolvidas na Casa de Alba	15
Tabela 3 - Perfil Intra Individual do José.....	46
Tabela 4 - Objetivos Gerais e Específicos definidos para o José	47
Tabela 5 – Avaliação Inicial vs. Final da Escala LOFTOP do José.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Estudo de Caso I – Exemplo de um Relatório de Sessão Terapêutica

Anexo II – Estudo de Caso I – Exemplo de um Planeamento de Sessão Terapêutica

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

BPM – Bateria Psicomotora

DAP – Draw a Person – A Quantitative Scoring System

DGS – Direção-Geral da Saúde

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

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

GAF – Global Assessment of Functioning Scale

HPT – Hidrocefalia Pós-Traumática

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

LOFOPT – The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

MBT – I – Mentalization-Based Treatment – Introductory

MMSE – Mini Mental State Examination

OD – Open Dialogue

PII – Plano Individual de Intervenção

PNSM – Programa Nacional Para a Saúde Mental

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

WHO – World Health Organization

I. Introdução

Uma boa saúde mental é imprescindível na contribuição do bem-estar para os indivíduos. Permite uma maior consciência das competências pessoais, lidar com os problemas do dia-a-dia com menor grau de frustração e trabalhar produtivamente para a comunidade (WHO, 2013).

A Psicomotricidade, enquanto terapia de mediação corporal, propõe várias técnicas auxiliaadoras no processo de desenvolvimento pessoal. Em saúde mental, a intervenção psicomotora é considerada um apoio aos vários tratamentos psiquiátricos, utilizando mediadores como a relaxação e a expressão corporal (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Probst, 2017). É uma terapia direcionada ao indivíduo com dificuldade em comunicar e agir, que não mantém uma relação saudável com o seu próprio corpo, sendo no refúgio da ação e do investimento corporal a resposta encontrada para a afirmação da sua identidade (Martins, 2001a).

A redação deste relatório surge como a última etapa para conclusão do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora e traduz-se na descrição das vivências proporcionadas no âmbito do estágio concretizado na Casa de Alba – Comunidade Terapêutica em Saúde Mental. É uma instituição que não encara as conceções alusivas ao modelo psiquiátrico tradicional como um exemplar terapêutico a seguir. A Casa de Alba providencia um programa terapêutico residencial com enfoque nas diferentes terapias, nas atividades lúdicas e expressivas, tendo como base um ambiente terapêutico e relacional. A Psicomotricidade é uma das terapias abrangidas no programa terapêutico da Casa de Alba e através da leitura deste relatório será possível compreender a prática psicomotora no contexto de uma comunidade terapêutica em saúde mental, o trabalho desenvolvido pelo psicomotricista enquanto membro da Equipa Clínica e da Comunidade, bem como, perceber a dinâmica diária vivenciada neste espaço terapêutico que se diferencia bastante de qualquer ambiente de internamento psiquiátrico tradicional.

Com o intuito de proporcionar uma melhor organização e compreensão deste documento, o mesmo encontra-se seccionado em seis capítulos distintos. O primeiro capítulo é relativo à presente introdução; o segundo tem como objetivo fornecer o enquadramento teórico referente à prática profissional da psicomotricidade no âmbito da saúde mental e, em particular, na Casa de Alba enquanto Comunidade Terapêutica; no terceiro capítulo é efetuada uma descrição pormenorizada das experiências, atividades e acompanhamentos terapêuticos desenvolvidos na instituição; o quarto capítulo contempla toda a informação que respeita ao Estudo de Caso I, bem como a intervenção terapêutica alusiva ao Estudo de Caso II, redigido em formato de artigo científico; no quinto capítulo são apresentadas algumas reflexões e análises alusivas à experiência decorrente do estágio; por fim, no sexto e último capítulo são expostas as referências bibliográficas consultadas para redação do relatório.

II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional

No presente capítulo serão definidos conceitos como a Psicomotricidade e Saúde Mental e abordadas as metodologias aplicadas na prática psicomotora no contexto deste estágio. A informação aqui referida irá servir como suporte teórico para a intervenção realizada. A instituição de acolhimento de estágio e a população atendida serão também caracterizadas.

1. A Psicomotricidade no Âmbito da Saúde Mental de Adultos

A Psicomotricidade é uma terapia que utiliza o movimento e a consciência corporal como mediadores para alcançar o desenvolvimento harmonioso e a potenciação das componentes cognitivas, psicomotoras, afetivas e sócio emocionais (Probst et al., 2010; Probst, 2017). O desenvolvimento da relação terapêutica e da capacidade empática, num ambiente transmissor de segurança e de contenção, traz novas vivências corporais e emocionais que, por sua vez, promovem a expressão e regulação emocional, uma melhor capacidade para mentalizar e o desenvolvimento de funções executivas. As sessões implicam uma observação do outro, da tonicidade, da expressividade dos movimentos, do envolvimento no espaço, da distanciação e da expressão das emoções (Martins, 2015).

Wallon (cit. in Fonseca, 2010) defende que os principais fundamentos da intervenção psicomotora assentam no papel desempenhado pela função tónica e pela emoção que permitem o desenvolvimento da atividade de relação. Ambos servem de base às atitudes e vida mental, assim como veículo de atuação relativamente ao outro. “*O movimento é a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo*” (Wallon, 1925 cit. in Fonseca, 2010, p.16). Martins (2015) acrescenta que por vezes a função tónica é a única forma possível de comunicação utilizada através da expressão emocional. Não se restringe apenas à realização dos movimentos, como também se trata do alicerce para a elaboração da linguagem e do simbólico.

A terapia psicomotora em saúde mental é aplicada como um apoio ao tratamento psiquiátrico de diversas perturbações mentais graves, visto que frequentemente as técnicas de relaxação e expressão corporal são utilizadas como complemento à terapia pela palavra. A psicomotricidade preocupa-se com a forma como os aspetos físicos, cognitivos e emocionais se relacionam com as competências psicossociais do indivíduo, assim como a sua capacidade para ser e estar. A intervenção assenta essencialmente em três abordagens distintas: a que está diretamente ligada à saúde, a abordagem psicossocial e a abordagem psicoterapêutica. Possui como principal objetivo o investimento de uma imagem corporal positiva, bem-estar pessoal generalizado, assim como o desenvolvimento e manutenção de relações interpessoais. (Probst et al, 2010; Probst, 2017).

Probst e os seus colaboradores (2016, cit. in Probst, 2017) consideram que a psicomotricidade em saúde mental pode ser aplicada nas diferentes faixas etárias, sempre que se verificarem situações críticas, agudas ou crónicas relativas à saúde mental. Recorrendo-se ao modelo biopsicossocial, e através do estabelecimento de um ambiente securizante, pretende-se a criação de uma relação terapêutica que permita dar resposta à problemática. Os psicomotricistas atuam na prevenção e

reabilitação de indivíduos com experiência de doença mental, podendo a intervenção ser individual ou em grupo. A intervenção ocorre essencialmente em meio hospitalar, assegurada pelas equipas multidisciplinares, nas quais o psicomotricista detém um papel de relevo (Probst et al., 2016, cit. in Probst, 2017).

Segundo Probst (2017), as atividades psicomotoras devem ser estruturadas considerando cinco dimensões distintas:

- 1) dimensão psicomotora, relativa às sensações corporais, ao movimento, às competências físicas e psicomotoras, à percepção sensorial e aos fatores psicomotores;
- 2) dimensão comportamental, analisa e percebe qual a posição do indivíduo perante as situações/ problemas, qual o seu funcionamento nas relações interpessoais, se possui capacidade de autorregulação e se tem hábitos ou estratégias adquiridas;
- 3) dimensão cognitiva, considera as componentes comunicacionais, percebe se a pessoa possui capacidade de planeamento, se utiliza a comunicação verbal ou não-verbal e se expressa os seus pensamentos e medos acerca das atividades;
- 4) componente afetiva, tem em conta os aspetos relacionais e angústias emocionais, questiona qual é o modelo comportamental da pessoa perante o terapeuta e os outros, de que forma reage perante os diferentes tipos de emoções e situações inesperadas, considera a imagem corporal, autoestima e capacidade de tolerância à frustração e de expressão dos sentimentos;
- 5) dimensão simbólica, coloca em causa a existência de uma relação entre a atividade e o mundo real, se esta contém uma mensagem inerente e se traz à consciência experiências passadas.

2. Saúde Mental em Portugal

A saúde mental é uma componente incorporada no conceito de saúde e bem-estar, passível de ser afetada por diversos fatores. Uma saúde mental favorável possibilita aos indivíduos a consciencialização das suas capacidades, lidar pacificamente com os problemas do quotidiano e trabalhar de forma produtiva para a comunidade (WHO, 2013).

A realidade atual da saúde é representativa da qualidade deste mesmo setor, da resposta que este garante, assim como do estado da própria sociedade a nível económico, social, político, entre outros setores e fatores. Sendo a saúde mental uma componente pertencente à saúde, e assumindo a sua importância no desenvolvimento económico e social, desde 2008 que Portugal implementou o Programa Nacional para a Saúde Mental, delineado segundo as recomendações apontadas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (Cortes, 2016; Ministério da Saúde, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), Portugal é o país na Europa com maior prevalência de doenças mentais na população adulta. Um quinto dos portugueses já sofreu de uma perturbação psiquiátrica e praticamente metade da população sofre de uma perturbação mental ao longo da vida.

Em 2017, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) aumentou a resposta, sobretudo, relativamente às necessidades de adultos, jovens e crianças com perturbações mentais graves. No que respeita às equipas, os cuidados concentram-se nas residências, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. O objetivo primordial é a recuperação das competências psicossociais destas pessoas para que possam ser reintegradas na comunidade e, se possível, acolhidas na sua família.

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º relatório, divulga que 22.9% da amostra entrevistada possui uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses antecedentes à realização do relatório. Estes dados revelam que Portugal e a Irlanda do Norte possuem a prevalência de perturbações psiquiátricas com maior número na Europa. Portugal destaca-se principalmente ao nível das perturbações de ansiedade com uma prevalência de 16.5% e logo após encontram-se as perturbações do humor com prevalência de 7,9% (Caldas de Almeida et. al, 2013).

No que diz respeito ao nível de gravidade, as perturbações psiquiátricas distribuem-se mais significativamente pelos casos de perturbações com gravidade moderada (50.6%) e ligeira (31.9%), ficando por fim os casos de perturbação grave (17.5%). A comorbilidade encontra-se negativamente associada a este último grupo, uma vez que há 20% de probabilidade de sofrer de perturbação psiquiátrica grave quem obtiver dois diagnósticos, aumentando para 50.2% quem tiver três ou mais diagnósticos (Caldas de Almeida et. al, 2013).

É conhecido que as perturbações mentais se revelam como uma causa de incapacidade e um entrave à qualidade de vida, apresentando elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) de 2015, pertencente à Direção-Geral da Saúde (DGS), o suicídio é uma das principais causas de morte a nível mundial, e em Portugal as lesões provocadas por livre-arbítrio registam uma taxa de 8.48 por 100 mil habitantes. A faixa etária pertencente aos idosos (65-74 anos) é aquela que possui uma expressão mais vincada de casos de suicídio, ainda que os números tenham vindo a aumentar no que respeita ao grupo etário dos 40 aos 64 anos (DGS, 2016).

O PNSM (2017), enumera as 4 principais metas a atingir até 2020 no âmbito da promoção da saúde mental, estas são: aumento do registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários em 25%; diminuição da prescrição de benzodiazepinas, conseguindo a sua estabilização; apoio à criação de lugares nos cuidados continuados integrados de saúde mental (1500 para adultos e 500 para crianças e adolescentes); por fim, o aumento do número de ações em 30% no que concerne aos programas de promoção de saúde mental e prevenção das mesmas, promovidas pelo PNSM.

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) surgiu com o intuito de fundar os princípios gerais da política de saúde mental, bem como implementar as normas para o internamento compulsivo de forma a auxiliar indivíduos com perturbações mentais. Assim, foi permitido o aumento de respostas no âmbito da integração social, do apoio residencial, da reabilitação e da reinserção profissional destes cidadãos. Através da Lei n.º 36/98 foi também criado o Conselho Nacional de Saúde Mental que representa as entidades como, associações de familiares e utentes, subsistemas de saúde, os profissionais e os devidos departamentos que representam a área da saúde mental (Lei n.º 36/98).

O Decreto-Lei n.º 304/2009 trata-se da segunda avaliação realizada ao Decreto-Lei n.º 35/99 onde se encontram instituídos os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiátricos e de saúde mental em articulação conjunta com as áreas da educação, emprego e ação social (Decreto-Lei n.º 304/2009).

Por sua vez, o Decreto-Lei n.º 22/2011 elucida os termos correspondentes à responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental. Para tal efetua a terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, mencionado acima, mas também a alteração e republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010 que define o estabelecimento da rede de cuidados integrados direcionada a indivíduos com perturbações mentais graves, em situação de dependência e com limitações psicossociais (Decreto-Lei n.º 22/2011). Trata-se, portanto, da legislação atualizada relativa às políticas de saúde mental, integrando as já anteriormente referidas.

3. Metodologias de Intervenção Usadas em Contexto de Estágio

Os mediadores artístico-expressivos e as técnicas de relaxação fazem parte dos recursos empregues pela terapia psicomotora no processo terapêutico a desenvolver. Contudo, é de ter em conta a necessidade de adaptação das mesmas aos indivíduos e às suas necessidades particulares (Maximiano, 2004). Ao longo do estágio a intervenção contou com as técnicas referidas anteriormente, mas também com atividades lúdicas e gnosopráticas, sendo que neste tópico apenas serão descritas com maior detalhe os mediadores artístico-expressivos e as técnicas de relaxação, porque foram as mais utilizadas na prática psicomotora em contexto de estágio.

3.1. Mediadores Artístico-Expressivos

As terapias expressivas promovem a expressão como fator fundamental no acesso ao interior do eu. É através da relação, consciencialização e comunicação conseguidas que se possibilita tal processo, estimulando as diferentes competências cognitivas, corporais, expressivas e comportamentais. Os seus objetivos são terapêuticos, de regulação emocional, de reabilitação, de consciencialização, de restabelecimento das relações interpessoais e de bem-estar (Furlan et al., 2012). Possuem como mediadores a arte, o teatro, a dança/ movimento, o jogo, a música, a escrita criativa e o drama. Estas atividades facilitam a expressão de sentimentos através de outras formas, que não as exclusivamente verbais, tendo cada vez um maior reconhecimento na área da saúde mental e reabilitação (Furlan et al., 2012; Malchiodi, 2005).

O autor Weiner (1999, cit. in Malchiodi, 2005), refere que as terapias expressivas podem ser consideradas “terapias de ação” visto que são procedimentos direcionados, precisamente, para a ação, sendo através desta realizada a comunicação de pensamentos e emoções. A expressão dos mesmos é facilitadora do autoconhecimento, possibilitando o contacto entre o mundo interno e externo (Furlan et al., 2012). As terapias expressivas são propulsoras da autorreflexão, autoexploração e autoexpressão, existindo um processo de entendimento e descoberta pessoal das próprias obras expressivas realizadas. A posterior reflexão verbal surge como forma de consolidação das memórias

e experiências que por vezes não se encontram acessíveis ao campo verbal. As memórias, particularmente, são acedidas mais facilmente através de imagens, de movimentos corporais e do toque (Rothschild, 2000 cit. *in* Malchiodi, 2005).

Os mediadores artístico-expressivos são considerados agentes desencadeadores do processo de relaxamento corporal, sensações de calma, contentamento e bem-estar geral (Benson, 1996 cit. *in* Malchiodi, 2005). Inclusivamente, de acordo com Malchiodi (2003) e Tinnin (1994, cit. *in* Malchiodi, 2005), as terapias expressivas poderão originar o efeito placebo ao realizar novamente atividades praticadas no início do processo de desenvolvimento, associadas exatamente a essas mesmas sensações. Assim, o processo de expressão pode ser utilizado com o intuito de o indivíduo reviver experiências anteriores. Desta forma, possibilita-se o acesso a sentimentos e emoções que posteriormente proporcionará uma maior capacidade de resiliência, suporte emocional e bem-estar generalizado. Os indivíduos desenvolvem um papel ativo no seu processo terapêutico pois é-lhes possibilitada a experiência de criar, aumentando a sua atenção para os objetivos definidos previamente (Malchiodi, 2005).

Recorre-se à comunicação verbal e não-verbal, sendo a expressão oral de sentimentos e emoções uma componente com bastante relevância na terapia. A sua utilização foi amplificada quando os psicoterapeutas notaram os benefícios de mediadores como a pintura, a música e o movimento corporal como forma de expressão não verbal em pessoas com perturbações mentais graves (Malchiodi, 2005). Lusebrink e McGuigan (1989, cit. *in* Lusebrink, 2004) mencionam que as atividades realizadas nas sessões de arteterapia são percecionadas principalmente a nível visual, tátil e sensorial, produzindo efeitos positivos ao nível da reabilitação e estimulação das áreas física, cognitiva e emocional. A expressividade transmitida nas imagens é reveladora das vivências emocionais e de como estas podem influenciar determinados comportamentos e pensamentos (Lusebrink, 2004).

Para Bosse (1994 cit. *in* Maximiano, 2004), a expressão plástica é facilitadora na expressão das sensações propriocetivas e vivências corporais quando o indivíduo não possui capacidade para o fazer através da comunicação verbal. Auxília no processo de consciencialização, mas também no desenvolvimento das competências da expressão verbal acerca do que foi vivenciado a nível sensorial e emocional.

As terapias expressivas podem ser utilizadas como meio de avaliação, complementando as avaliações psiquiátricas formais. Segundo Feder e Feder (1996 cit. *in* Malchiodi, 2005), podem ser úteis na observação e avaliação de competências e interesses dos indivíduos, na avaliação de vivências e habilidades, e ainda, na apreciação de fatores cognitivos, psicossociais e psicológicos. A arte utilizada como terapia promove a criatividade e imaginação, que entre outros benefícios, estimula a capacidade de solucionar problemas conduzindo também à mudança (Malchiodi, 2005).

Como meio de intervenção, e em particular para indivíduos com esquizofrenia, a arteterapia têm mostrado resultados positivos no que diz respeito à diminuição dos sintomas negativos (Richardson et al., 2007). A arteterapia está ainda associada a uma redução significativa dos sintomas positivos, melhoria do funcionamento psicossocial no período após a intervenção, melhorias ao nível da

consciência emocional e na capacidade de reflexão acerca dos estados mentais do outro (Montag et al., 2014).

3.2. Técnicas de Relaxação

A relaxação terapêutica designa o conjunto de técnicas utilizadas com o intuito de diminuir o nível de *stress* e ansiedade através da redução da tensão corporal, bem como do aumento do estado de descontração geral. Trata-se de um método que destaca a ligação existente entre o corpo e a mente (Van Damme, 2018). As experiências corporais conseguidas na relaxação podem ser possibilitadas pelo toque, por objetos mediadores ou pela automassagem que se denota menos invasiva e promove a diminuição da ansiedade e uma maior sensação de segurança (Maximiano, 2004).

Os autores Benson, Beary e Carol (1974 cit. in Van Damme, 2018) consideram que a reação fisiológica ao relaxamento é contrária àquela que sucede o *stress*, uma vez que é marcada pela redução da atividade proveniente do sistema nervoso simpático. Este estado pode ser alcançado com recurso a várias técnicas como a relaxação, a meditação, a respiração controlada e a prática de ioga.

Pessoas com experiência de perturbações mentais apresentam geralmente uma reatividade aumentada aos efeitos provocados pelo *stress*. Por esse motivo, a relaxação terapêutica é frequentemente utilizada no processo terapêutico em saúde mental (Van Damme, 2018). O *stress* surge como a reação fisiológica aos estímulos, tanto externos como internos. A sua exteriorização é feita através de sensações e pensamentos como a inquietação, o medo, a ansiedade, a raiva, entre outros (Vancampfort et al., 2013).

A prática de relaxação proporciona a diminuição da tensão corporal, o aumento da consciência do corpo, assim como uma maior capacidade de autorregulação. A ampliação da regulação emocional é obtida através do desenvolvimento da consciência corporal, na adequação da resposta emocional e no treino da atenção. As reações motoras e fisiológicas provenientes de uma determinada situação desencadeadora de emoção podem ser agilizadas pela prática de relaxação, e a longo prazo possibilitam ainda estimular a capacidade de resiliência no indivíduo (Veiga & Marmeleira, 2018; Van Damme, 2018). Após a aquisição de conhecimentos e domínio da prática, a relaxação pode ser realizada autonomamente pelo indivíduo em situações de *stress*, permitindo o retorno à calma. Deste modo, a relaxação terapêutica cumpre o seu principal objetivo em providenciar ao indivíduo uma maior qualidade de vida (Van Damme, 2018).

De acordo com Martins (2001a), a utilização da palavra e do sugestionamento por parte do psicomotricista revela-se de grande importância no desencadeamento do estado de relaxação. Através da palavra estimulam-se as alterações tónicas e realiza-se a nomeação dos diversos segmentos corporais, contribuindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica securizante.

As técnicas de relaxação podem focar-se tanto no corpo como nos processos mentais. É necessário ter em consideração quer os benefícios e contraindicações da técnica, quer as dificuldades e necessidades específicas do indivíduo.

A respiração pode ser utilizada como técnica individualizada e possui uma enorme influência sobre a regulação emocional no indivíduo. Algumas das técnicas são a respiração abdominal, a respiração profunda, a meditação através da respiração, entre outras. Contudo, praticamente todas as técnicas de relaxação requerem uma consciencialização acrescida na respiração (Veiga & Marmeleira, 2018; Van Damme, 2018). Um dos exercícios poderá incidir na observação da respiração normal e posteriormente sentir as diferenças ocorridas no corpo, nomeadamente, a posição do peito, das costas e da barriga ao longo da inspiração e expiração (Vancampfort et al., 2013).

Um dos métodos mais utilizados é o treino de relaxação progressiva, também conhecido como relaxação neuromuscular, desenvolvido por Jacobson (1987). O autor defende que a descontração muscular é conseguida através da diminuição da ativação do corpo e da mente, sendo altamente eficaz na redução do stress e estados de ansiedade. O termo progressivo surge uma vez que o indivíduo efetua a aprendizagem gradual no processo de controlo da atividade neuromuscular. Para além disso, a técnica segue todos os grandes grupos musculares, levando-os individualmente ao estado de relaxamento e mais tarde a um possível relaxamento global (Everly & Lating, 2019; Van Damme, 2018).

Esta técnica consiste na tensão propositada de diferentes grupos musculares e na sua posterior relaxação, tendo como objetivo atingir a calma a nível psíquico ao reduzir a atividade neuromuscular. O indivíduo pratica a observação do processo de tensão, colocando a sua atenção nas tensões musculares sentidas, reconhecendo-as, em seguida termina o esforço e denota as diferenças sentidas no corpo, ou seja, a sensação de relaxamento. Assim, é possível percecionar de forma consciencializada a identificação dos vários graus de tensão e permitir o abando intencional das tensões na musculatura (Everly & Lating, 2019; Guiose, 2004; Ramakrishnan & Chandran, 2015; Van Damme, 2018). Ao dar continuidade à técnica, é possível atingir uma relaxação profunda que por sua vez tende a diminuir as tensões residuais e de ordem emocional (Guisse, 2004).

A relaxação progressiva tem inúmeras indicações terapêuticas, sendo recomendada em casos de: dificuldades de coordenação, enxaquecas, diabetes tipo 2, asma, tratamentos de quimioterapia no cancro, dor, diminuição do *stress* em crianças e adolescentes, entre outras (Vancampfort et al., 2013). No caso de pessoas com esquizofrenia, a relaxação progressiva é ainda eficaz na redução da ansiedade (Chen et al., 2009), na redução do sofrimento psicológico, promovendo ainda a sensação de bem-estar (Vancampfort et al., 2013).

O psicomotricista pode recorrer a uma ou mais técnicas de relaxação consoante as necessidades do indivíduo. O propósito é retirar o máximo de benefícios provenientes destas, nomeadamente, a aquisição de uma melhor consciência corporal e o fortalecimento das ligações existentes entre o corpo e as emoções vivenciadas neste (Maximiano, 2004; Vancampfort et al., 2013).

4. Caracterização da Instituição

A Fundação Romão de Sousa teve origem graças a José e Maria Romão de Sousa. A instituição deu origem à Casa de Alba – Comunidade Terapêutica em Saúde Mental, um espaço destinado a apoiar pessoas com diferentes perturbações mentais graves (Pereira & Romão de Sousa, 2014). A Casa de

Alba é reconhecida por ser “um modelo pioneiro de cuidados integrados, humanizados e individualizados, na área da Saúde Mental, que tem pugnado por ser agente de conhecimento, proficiência e mudança” (ExLibris, 2014, p.2).

A sede da Fundação Romão de Sousa, encontra-se na aldeia de São Bento do Cortiço, no concelho de Estremoz. É considerada uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS). Foi validada a julho de 2010 como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública pelo Ministério da Saúde e Segurança Social (Pereira & Romão de Sousa, 2014).

Foi criada com vista a oferecer alojamento e intervenção terapêutica multidisciplinar parceira de um ambiente propício à afetividade, autonomia e sentido de segurança. A intervenção é realizada tendo como pilar as “práticas com suporte empírico” e a evidência resultante da “avaliação sistemática e contínua da prática clínica” (ExLibris, 2014).

Os indivíduos são encarados de forma holística e, portanto, vistos como um ser apto com competências e limitações. São por isso o foco de toda a intervenção, assim como as relações que se desenvolvem entre os residentes. Por outro lado, a medicação e a prática psiquiátrica, não são descuradas, mas sim incluídas como um espectro essencial em todo o processo (Fundação Romão de Sousa, 2013).

Em 2018 a Casa de Alba tinha capacidade para acolher até um máximo de 15 residentes e dois profissionais de saúde. Possui um quarto individual e sete duplos, cada um deles com casa-de-banho privativa, diversos espaços comuns, sala de jantar, salas de terapias individualizadas ou de grupo e um pequeno ginásio (ExLibris, 2014; Pereira & Romão de Sousa, 2014).

A instituição possibilita respostas terapêuticas a indivíduos que experienciam problemas graves de saúde mental, em especial, perturbações psicóticas. Estas poderão desencadear perturbações e sintomas como: alucinações, delírios, tentativas de suicídio, episódios de pânico e ansiedade, agressividade, desregulação emocional, paranoia, dificuldades nas relações interpessoais e depressão (Casa de Alba, s.d.).

Os objetivos primordiais da Casa de Alba centram-se no tratamento clínico, ocupacional e psicossocial dos indivíduos de modo a melhorar o bem-estar pessoal, permitir a autossuficiência e facilitar o processo de integração social; instituir uma comunidade de carácter temporário que proporcione terapias comportamentais e cognitivas; manter uma estreita ligação com organizações nacionais e internacionais que possuam a mesma finalidade, com vista à partilha de experiências, terapias e métodos avaliativos (Pereira & Romão de Sousa, 2014).

O processo terapêutico estabelecido na Casa de Alba foca-se especialmente na qualidade da relação terapêutica, sendo esta vista como a componente imprescindível no processo de mudança. São utilizados variados modelos teóricos: humanista, psicodinâmico e cognitivo-comportamental, ou seja, não é favorecida apenas uma abordagem teórica de modo a existir uma visão abrangente do indivíduo. A utilização dos modelos *Mentalization-Based Treatment* (MBT) e *Open Dialogue* (OD) são práticas implementadas na Casa de Alba e reconhecidas como pioneiras em Portugal. Após a referenciação de um caso, é realizada uma avaliação multidisciplinar que mais tarde permitirá o delineamento do

Plano Individual de Intervenção (PII), constituído pelos objetivos a alcançar de acordo com as necessidades específicas de cada residente (Casa de Alba, s.d.; Fundação Romão de Sousa, 2013).

Existem várias terapias e intervenções especializadas que são praticadas na Casa de Alba, são exemplos: atividades recreativas, equitação, terapias expressivas (música, artes e dança), terapia ocupacional e terapia multifamiliar. A equipa clínica multidisciplinar é constituída por psicólogos clínicos, psicoterapeutas acreditados, psicomotricista, psiquiatras, enfermeiros e assistentes operacionais. A instituição conta também com o apoio de assistentes sociais que dão resposta a diversos problemas de origem física e social com o intuito de fomentar a autonomia do indivíduo (ExLibris, 2014; Pereira & Romão de Sousa, 2014).

O conceito de comunidade terapêutica emergiu dos tratamentos realizados aos soldados ao longo da Segunda Guerra Mundial. De certo modo, seguiu o modelo de “tratamento moral” de Pinel ocorrido no século XIX em França, e de Tuke no Reino Unido (Pereira, 2015).

As comunidades terapêuticas podem incluir-se nas três seguintes conceções: Democrática, relacionada a perturbações da personalidade, serviços prisionais e jovens; concetual, ligada aos vícios; Antipsiquiátrica, onde a hierarquização não é aceite, ou seja, não há qualquer diferenciação entre residentes e equipa clínica, e o termo doença não é igualmente reconhecido. A Casa de Alba está mais direcionada para o tipo Democrático, onde inclui o “pensamento integrativo-relacional contemporâneo” ao descurar os típicos modelos psiquiátricos (Pereira, 2015).

Identicamente a outras comunidades terapêuticas, é possível observar várias particularidades na Casa de Alba (Kennard, 1983 cit. *in* Pereira, 2015): ambiente informal onde muitas vezes não será detetável a distinção entre a equipa clínica e os residentes; a partilha de sentimentos e emoções é promovida diariamente durante as reuniões comunitárias ou mesmo informalmente no decorrer do dia-a-dia.

As reuniões têm como objetivo primordial a partilha de informações, o desenvolvimento da coesão e sentimento de pertença, a tomada de decisões em grupo, o fornecimento e receção de feedback pessoal e a possibilidade de chamar à atenção indivíduos que possuam comportamentos desagradáveis ou perturbadores (Kennard, 1983 cit. *in* Pereira, 2014).

Os pressupostos da comunidade terapêutica implicam que exista um clima de estímulo para com os residentes no sentido de se manterem proativos nas atividades de vida diária dentro da casa, na comparência às reuniões comunitárias diárias, bem como outros momentos de reflexão. Desta forma, a expressão de problemas e sentimentos é encorajada. Deverá ocorrer ainda um vínculo com a comunidade local para que a recuperação e integração social sejam facilitadas. As atividades de âmbito cultural, ocupacional e educacional, tal como projetos de emprego são igualmente incentivados (Pereira & Romão de Sousa, 2014).

III. Organização das Atividades de Estágio

O estágio teve início com a integração da estagiária na equipa da Comunidade Terapêutica. Seguiu-se um período de adaptação às rotinas da Comunidade, bem como de observação e participação nas sessões de grupo de Psicomotricidade em contexto de ginásio e em meio aquático. Posteriormente, a estagiária assumiu sessões individuais e depois em grupo. Para tal, foram planeadas sessões de avaliação inicial, prosseguindo-se com a elaboração do perfil intra individual e plano terapêutico. A partir destes, realizaram-se os planos de sessão e foi traçada a intervenção psicomotora a realizar, tendo em conta as necessidades específicas do caso a acompanhar.

1. Descrição e Calendarização das Atividades Realizadas

O estágio curricular na Casa de Alba foi iniciado no dia 7 de outubro de 2018 e o seu término ocorreu no dia 30 de abril de 2019.

Para além da Intervenção Psicomotora individual e em grupo, foram efetuadas outras atividades complementares relacionadas, sobretudo, com o trabalho a realizar com a Equipa e restante Comunidade. Assim, no que respeita ao trabalho realizado a par com a restante equipa, foi possível integrar o Grupo de Introdução à Mentalização (*Mentalization-Based Treatment – Introductory*: MBT-I), assistir às reuniões clínicas de equipa e de supervisão que ocorreram com uma frequência semanal, e ainda participar na reunião multidisciplinar referente a um dos estudos de caso. Relativamente à integração na Comunidade Terapêutica, destacaram-se as presenças nas reuniões comunitárias bi-diárias (partilhas sobre o dia, o que era sentido no momento) e diárias (abordar assuntos importantes de cada residente), bem como, o desenvolvimento do grupo de atividade física e integração nas restantes rotinas e tarefas do dia-a-dia dos residentes (ver Tabela 1).

As rotinas são características da vivência em comunidade terapêutica, pormenores que serão descritos com mais detalhe nos parágrafos em seguida.

Tabela 1- Cronograma das atividades realizadas na Casa de Alba

	2018			2019			
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Observação participada							
Avaliações iniciais – casos individuais							
Intervenção psicomotora – casos individuais e grupo							
Sessões de Psicomotricidade na Casa de Alba – casos individuais e grupo							
Sessões de psicomotricidade em meio aquático - grupo							
Reuniões de equipa/ clínicas							
Reuniões de orientação e supervisão							
Reuniões diárias e comunitárias							
Participação no grupo MBT-I							
Grupo de atividade física							

Legenda: MBT-I – Mentalization-Based Treatment – Introductory

1.1. Atividades de Vida Diária

Durante as 24h passadas na Casa de Alba e para além das atividades e terapias adjacentes ao processo terapêutico, os residentes possuem igualmente períodos destinados às lidas domésticas, como cozinhar, lavar a loiça, aspirar e varrer o chão, limpar o pó, entre outros. A estagiária, assim como outros membros da Equipa, integravam os grupos destacados para as diferentes tarefas e prestavam apoio até de forma individualizada, caso necessário. Existiam ainda questões que surgiam naturalmente no decorrer do dia, como as necessidades de autocuidado, adequação do vestuário às diferentes situações meteorológicas, etc.

Neste contexto é importante ter em conta o conceito de Comportamento Adaptativo, ainda que a avaliação deste esteja diretamente relacionado à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. É descrito como a combinação de competências necessárias à adaptação do indivíduo relativamente às circunstâncias em que se depara no seu ambiente sociocultural, de modo a otimizar a independência do seu funcionamento e o aumento da responsabilidade pessoal e social (Santos, 2007, cit. in Santos & Morato, 2008).

Às segundas-feiras a estagiária acompanhava a tarefa das compras em dois intervalos distintos, um no período da manhã e o outro no período da tarde. A cada um correspondiam grupos diferentes de residentes a acompanhar. A tarefa da estagiária era ajudar os residentes consoante os diferentes graus de autonomia a realizar as compras individuais de cada um. Os residentes com maior autonomia habitualmente apenas necessitavam de auxílio para a concretização do pagamento e confirmação do talão e do troco. Relativamente aos residentes com um menor grau de autonomia, era efetuado um acompanhamento constante, sendo que numa fase mais precoce o apoio era mais intenso, diminuindo gradualmente de modo a aumentar o grau de autonomia. Os graus de dificuldade variavam também de pessoa para pessoa, pois com alguns residentes apenas era necessária indicação verbal, enquanto com outros, a tarefa tinha de ser realizada integralmente pela estagiária. O apoio era efetuado por subtarefas, ou seja, primeiramente realizava-se um planeamento onde se concluíam o que era preciso comprar. Depois surgia a fase de gestão do dinheiro que implicava a priorização das necessidades e quantidades consoante a disponibilidade monetária. Seguidamente, fazia-se o somatório do valor no decorrer da tarefa de modo a haver uma compreensão do montante gasto e ainda disponível. Por fim, eram efetuados o pagamento e a devida verificação do talão e troco recebidos.

Importa também referir que o apoio nem sempre era fornecido consoante o tipo de necessidades, pois este por vezes não era bem recebido por parte do residente. Apesar das dificuldades encontradas neste tipo de atividade, alguns residentes queriam fazê-la de forma totalmente independente, e nesse caso, eram respeitadas as vontades e individualidades de cada pessoa. Assim, o ato de errar consistia também num processo de aprendizagem.

Após terminar esta tarefa, a estagiária auxiliava ainda o membro da equipa técnica que paralelamente realizava as compras para toda a Comunidade Terapêutica.

Tendo em conta o caráter residencial da Casa de Alba, uma vez que os residentes permanecem a tempo integral na Comunidade Terapêutica, por vezes surgia a necessidade de fazer deslocações aos

diversos serviços médicos e sociais. Nomeadamente, idas ao banco, aos correios e ao centro de saúde. A estagiária fazia o acompanhamento dos residentes e prestava ou não apoio consoante a tarefa a realizar e o seu grau de autonomia. As tarefas consistiam em ajudar o residente no levantamento de pertences ou apenas acompanhamento para a administração de medicação.

Alguns residentes frequentavam também a Universidade Sénior várias vezes por semana, sendo necessário fazer o seu transporte e acompanhamento desde a Casa de Alba até ao centro urbano.

Desta forma os residentes tinham contacto com os diferentes meios sociais e ainda que necessitassem de ajuda nas tarefas, era promovido um papel mais ativo na sociedade facilitando o processo de reintegração social.

O papel da psicomotricidade assume aqui uma relevância destacada, na medida em que o apoio prestado nas diversas necessidades básicas do dia a dia é organizado e providenciado considerando uma metodologia estruturada. Consoante as dificuldades individualizadas observadas pela estagiária, assim era prestado o devido apoio na tarefa. Em pormenor, quando o residente apresentava uma dificuldade acrescida na realização do movimento em causa, era necessário entender de que modo a tarefa podia ser efetuada: se apenas era conseguida quando executada em conjunto com o residente e inclusivamente, realizando partilha do mesmo material para consciencialização progressiva do movimento; se era necessária uma demonstração e posterior realização conjunta em simultâneo; ou se era suficiente uma demonstração inicial. Em casos de baixa autoconfiança ou baixa tolerância à frustração, mesmo que a habilidade para realização da atividade estivesse adquirida, por vezes era imprescindível uma maior presença da estagiária apenas para dar *feedback* ou atribuir comentários de incentivo e validação no decorrer da prestação.

À medida que as tarefas se repetiam, foi fundamental aumentar progressivamente o grau de autonomia dos residentes nas atividades, uma vez que o objetivo era adquirir a máxima independência.

1.2. Grupo de Atividade Física

O grupo foi iniciado em março de 2018 pela estagiária de psicomotricidade e pela sua colega estagiária de serviço social. A inclusão da colega justificou-se pelas suas competências pessoais no âmbito do desporto e dança. As sessões sucediam semanalmente nas manhãs de quarta-feira. O principal objetivo era promover o aumento de atividade física e a ativação motora geral. As atividades eram escolhidas pelas estagiárias e pelos residentes sempre que estes traziam sugestões. Habitualmente eram realizados exercícios aeróbicos em conjunto no espaço exterior da Casa de Alba, como corridas, caminhadas e coreografias de dança. Por vezes, eram também incluídos exercícios de força com vista à manutenção muscular. Ao longo das sessões, a estagiária para além de realizar as atividades, observava em simultâneo os movimentos efetuados pelos residentes, de modo a poder corrigir as suas posturas ou adequar a amplitude e dinâmica dos movimentos.

1.3. Função de Técnica de Serviço

A partir do segundo semestre, a estagiária passou a realizar funções de técnica de serviço nos períodos da tarde de terça-feira. As principais funções do técnico de serviço são as seguintes: ter na sua posse os telefones da Casa de Alba com o objetivo de atender chamadas e dar seguimento aos assuntos; manter-se no exterior do escritório (destinado exclusivamente aos elementos da Equipa); receber quem chega à Fundação e fazer o devido encaminhamento; quando nenhuma das situações anteriores se verifica, o técnico deverá permanecer com os residentes, incentivando-os à prática de atividades ou tarefas na Casa.

1.4. Reuniões Comunitárias Bi-diárias

As reuniões comunitárias eram realizadas na sala comum da Casa de Alba, sendo considerada a primeira atividade matinal e a última do final da tarde. Todos os residentes e membros da Equipa presentes na Casa deveriam comparecer a esta, sendo os dois únicos momentos formais do dia onde era reunida toda a Comunidade Terapêutica. Estas decorriam segundo um alinhamento específico: “*check-in*”, “atividades e questões práticas”, “outros”, “reflexões”, “*check-out*” e reflexão final sobre a própria reunião. O “*check-in*” era um momento de partilha onde cada pessoa expunha como se estava a sentir no momento, referindo sensações e pensamentos. Nas “atividades e questões práticas”, era escrito num quadro para posterior consulta, a organização por horário de todas as atividades e terapias programadas para esse mesmo dia, bem como a quem se destinavam, colocando o nome do residente e/ou técnico correspondente (reunião matinal). O mesmo tópico podia também servir no sentido de relembrar as atividades e terapias que foram realizadas ao longo do dia, bem como analisar as devidas comparências ou ausências (reunião da tarde). Eram também abordadas questões práticas relativas à Comunidade Terapêutica, como questões do dia-a-dia ou discussão de problemas. Em “outros” eram expostas outras questões que por ordem de relevância se destinavam a este momento, não ocupando o espaço destinado às “atividades e questões práticas”. No “*check-out*”, cada pessoa deve partilhar como se está a sentir após o decorrer da reunião. O momento final ocorre quando o elemento reflexivo que se encontra numa posição externa à reunião propriamente dita, não intervindo na mesma, realiza uma reflexão acerca da dinâmica desta e das participações efetuadas.

1.5. Reuniões Diárias

As reuniões diárias decorriam depois do horário de almoço e consistiam na revisão dos assuntos relativos a cada residente. O técnico responsável revia caso a caso de modo a retificar informações pendentes que necessitassem de resolução. Na presença do próprio residente, este também era relembrado de assuntos importantes que lhe dissessem respeito, como alertar para a sua comparência numa atividade recente ainda externa à rotina.

1.6. Reuniões de Supervisão

Os momentos de orientação eram realizados com uma periodicidade semanal durante 30 minutos às quartas-feiras. Era um espaço destinado principalmente à discussão dos casos acompanhados individualmente pela estagiária, com o objetivo de partilhar com a orientadora a intervenção efetuada com os residentes, mas também receber *feedback* e estratégias no sentido de poder melhorar a sua prática.

À parte destas, existiam também momentos de supervisão com as orientadoras da Universidade de Évora, com o mesmo propósito.

2. Horário Semanal

O horário foi sofrendo alterações ao longo do período de estágio, no sentido de se ajustar às necessidades da Comunidade. O horário que se encontra descrito na Tabela 2 é representativo do período realizado a partir de janeiro e o que persistiu com uma maior duração. Inicialmente o estágio decorreu ao longo de dois dias da semana, quarta-feira, das 13h30 às 19h40 e quinta-feira, das 09h00 às 17h30. O primeiro dia manteve-se com o mesmo planeamento no 2.º semestre, à exceção do grupo de atividade física, pois este ainda não tinha iniciado. Durante o dia de quinta-feira eram realizadas as compras no período da manhã, e à tarde decorriam as sessões de Psicomotricidade em meio aquático. Por necessidade de alteração de horário, a presença da estagiária na Casa de Alba às quintas-feiras ficou impossibilitada, o que consequentemente levou à sua não participação das sessões de Psicomotricidade em meio aquático.

Tabela 2 - Horário das atividades desenvolvidas na Casa de Alba

Horas	Segunda-feira	Horas	Terça-feira	Horas	Quarta-feira
09:40 – 12:00	Compras	10:00 – 11:00	Escritório	11:40 – 12:45	Grupo de atividade física
12:30 – 13:15	Almoço	11:15 – 12:00	Sessão individual José	12:30 – 13:15	Almoço
13:30 – 13:50	Reunião diária	12:30 – 13:15	Almoço	13:30 – 14:00	Reunião de orientação
14:00 – 14:45	Sessão individual André ¹	13:30 – 13:50	Reunião diária	14:00 – 15:00	Reunião de equipa/ clínica
16:45 – 18:30	Viagem a Estremoz: academia sénior e compras	14:00	Início do turno: técnica de serviço	15:15 – 16:30	Reunião de supervisão
		14:00 – 16:00	Grupo de limpezas	17:00 – 18:15	Sessão de grupo Psicomotricidade
19:00 – 10:40	Reunião comunitária	17:00 – 17:45	Grupo MBT-I	19:00 – 19:40	Reunião comunitária
		19:00 – 19:40	Reunião comunitária		

¹ Serão utilizados, ao longo de todo o relatório, nomes fictícios e idades descritas num intervalo com o intuito de preservar a identidade dos residentes.

3. Progressão das Atividades de Estágio e Nível de Autonomia

O período de adaptação propriamente dito estendeu-se sobretudo ao longo do primeiro semestre, uma vez que a estagiária deu início aos acompanhamentos individuais em janeiro de 2019. Contudo, houve uma progressão constante desde o momento inicial no que diz respeito ao nível de autonomia adquirido.

Na fase mais precoce do estágio, este foi marcado pela integração na Equipa e pela observação participada nas sessões de Psicomotricidade dinamizadas pela orientadora quer em contexto de ginásio, quer em meio aquático. De realçar que, no que concerne às sessões de Psicomotricidade ocorridas na piscina, a estagiária teve oportunidade de adquirir um maior grau de independência neste período inicial, tendo planeado e dinamizado várias sessões até dezembro de 2018, ainda que sempre na presença da orientadora. O acompanhamento e auxílio dos residentes na realização das compras, a participação nas rotinas da Comunidade dentro da Casa e nas diferentes reuniões com a Equipa, foram atividades iniciadas de imediato.

Posteriormente, a estagiária iniciou as sessões individuais de Psicomotricidade com os residentes que iriam ser os seus estudos de caso e, conseqüentemente, as avaliações iniciais para poder prosseguir para a intervenção psicomotora.

As observações participadas nas sessões de grupo alongaram-se por um período mais extenso. Porém, estas eram maioritariamente planeadas em conjunto com a orientadora desde o início do estágio. Progressivamente o seu papel de coterapeuta assumiu um maior destaque, tendo cada vez mais um papel mais interventivo na sessão, até assumir o seu lugar na sessão como a terapeuta dinamizadora. A presença da orientadora manteve-se, bem como a discussão dos planeamentos e atividades a realizar. Deste modo, existiu desde o começo uma intenção de questionamento e envolvimento por parte da estagiária na intervenção a realizar com o grupo.

O grau crescente de autonomia foi notório em termos terapêuticos e igualmente nas restantes atividades desenvolvidas. O apoio prestado aos residentes na realização das compras semanais era efetuado por ambas as psicomotricistas, posteriormente ao período de adaptação a estagiária ficou como única responsável neste processo, assegurando assim de forma independente o auxílio nesta tarefa. O grupo de atividade física foi também iniciado pela estagiária em parceria com a colega estagiária de serviço social, e as aulas dinamizadas por ambas. Por fim, no segundo semestre, ficou ainda destacada como técnica de serviço da Casa de Alba no horário referido na Tabela 2, a realizar, entre outras, as funções já descritas anteriormente.

4. Experiências/ Atividades Complementares de Formação

Ao longo dos meses de estágio existiram variadas atividades que permitiram o enriquecimento deste e a aquisição de conhecimentos fundamentalmente na área da saúde mental. Em concreto, é possível nomear as reuniões clínicas, de equipa e de supervisão, a participação num workshop de relaxação terapêutica, a presença na reunião multidisciplinar do estudo de caso I, assim como a integração no grupo de MBT-I.

4.1. Reuniões Clínicas

Decorriam às quartas-feiras das 14h às 15h e era reunida toda a Equipa Clínica da Casa de Alba, à exceção do técnico de serviço que ficava a acompanhar os residentes nas áreas comuns da Casa. Estas reuniões tinham como principal objetivo, a revisão de assuntos emergentes relativos à Casa de Alba, nomeadamente, a resolução ou discussão de questões práticas e técnicas que envolvessem toda a Comunidade Terapêutica. As atas de reuniões passadas eram revistas, bem como os assuntos abordados nestas de forma a perceber se ainda se encontravam pendentes ou já solucionados. Era neste espaço que se contactavam os psiquiatras com o propósito de os colocar a par de situações pertinentes e/ou urgentes que justificasse a transmissão de informação até à sua visita seguinte. Uma das situações em causa poderia ser a discussão de possíveis ajustes necessários na medicação dos residentes. Os encaminhamentos em vista de novos residentes eram também comunicados por parte do técnico que fez a primeira triagem à restante equipa. Destaca-se ainda a partilha de preocupações existentes relativas aos quadros clínicos dos residentes e a posterior discussão de soluções viáveis.

4.2. Reuniões de Equipa

Estas eram realizadas no horário das reuniões clínicas, mas de forma intercalada. Estavam presentes todos os elementos da equipa clínica e técnicos pertencentes à Casa de Alba. Possuíam uma estrutura semelhante às reuniões descritas no tópico anterior, contudo, não eram abordados determinados aspetos pertencentes ao quadro clínico dos residentes ou informações passíveis de violar o sigilo profissional.

No decorrer destas, sucedeu ainda uma Reunião de Planeamento e Gestão alargada com a intenção de discutir procedimentos, direções a tomar, definição de soluções e resolução de problemas relacionados com toda a Comunidade Terapêutica.

4.3. Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão decorriam semanalmente após as referidas anteriormente, no horário das 15h15 às 16h30. Participavam todo o corpo técnico pertencente à Casa de Alba, tal como sucedido nas reuniões de equipa. Maioritariamente realizava-se a análise de artigos pertinentes, o estudo da psicopatologia de diversas perturbações ou a apresentação de um tema previamente selecionado, preparado e exposto por um elemento da Equipa Clínica. A título de exemplo, foram abordados e discutidos temas como a Mentalização, o modelo *Open Dialogue*, as Comunidades Terapêuticas e a Saúde Mental, o Corpo Terapêutico do Psicomotricista, a Vinculação mãe-bebé, entre outros. Eram também examinados assuntos de destaque que envolvessem toda a Comunidade Terapêutica, bem como requeridos os devidos questionamentos e partilhas de opinião dos elementos presentes. A análise e apresentação de casos clínicos, bem como a respetiva direção terapêutica a seguir foi algo que ocupou igualmente bastante espaço nestas reuniões.

4.4. Grupo de Introdução à Mentalização – MBT-I

O grupo de MBT-I teve início em janeiro de 2019, decorria às terças-feiras das 17h00 às 17h45 e era dirigido por uma colega psicóloga clínica pertencente à Equipa. O grupo possuía uma estrutura particular que consistia na realização de 8 sessões com a duração de 45 minutos cada uma. O grupo era fechado após a 2.^a sessão, o que significa que se os residentes não comparecessem a pelo menos uma das duas primeiras sessões, estavam impedidos de frequentar as 6 seguintes. Assim, o grupo de MBT-I visava promover a capacidade de mentalização dos residentes, estimulando-os a analisar o seu próprio comportamento, mas também o comportamento dos outros que o rodeiam. Para tal, é fator necessário efetuar uma reflexão constante ao funcionamento da nossa mente e igualmente em relação à mente das outras pessoas.

A integração da estagiária no grupo tinha também o propósito de realizar uma tradução dos aspetos gerais abordados a um residente cuja língua materna não era o português.

4.5. Reunião Multidisciplinar do Estudo de Caso I

Uma vez que a estagiária acompanhava individualmente o residente José à data da realização da reunião, foi convidada a integrá-la, na qual compareceram também os familiares próximos do residente, bem como a sua psicoterapeuta e técnica de referência na instituição. Ao longo da reunião foram mencionadas as alterações comportamentais do residente, bem como a sua progressão clínica global, quer na Casa de Alba, quer nas visitas à sua residência. A comparência na reunião multidisciplinar foi essencial por permitir o contacto com este tipo de situação tão recorrente na prática profissional.

4.6. Workshop de Relaxação Terapêutica com o Professor Marc Guiose

Ao longo do período letivo decorrente do mestrado, a estagiária participou numa aula lecionada pelo professor Marc Guiose na unidade curricular de Relaxação Terapêutica. Foi uma experiência enriquecedora a nível curricular e profissional que permitiu a recolha de conhecimentos a aplicar e ter em consideração na intervenção psicomotora. Foi também proporcionado um momento de prática guiada pelo professor que permitiu aos alunos usufruírem de vivências corporais experienciadas com a prática de relaxação. Para além do que já foi referido anteriormente, foram ainda abordadas questões relativas à psicopatologia, nomeadamente, na psicose, conhecimentos imprescindíveis no decorrer do estágio.

5. Intervenção Psicomotora na Casa de Alba

De modo a ser possível transmitir os detalhes da intervenção psicomotora realizada na Casa de Alba, serão apresentadas em seguida as características e condições referentes ao espaço utilizado para as sessões de Psicomotricidade.

5.1. Espaço de Intervenção

O espaço destinado às sessões de Psicomotricidade trata-se de um gabinete amplo, vulgarmente conhecido como a sala de terapias, partilhado para a realização de outras terapias de grupo, por exemplo do grupo de MBT-I.

O gabinete possui uma mesa e várias cadeiras que poderão ser utilizadas ou arrumadas, de modo a obter-se mais espaço. Há um armário de parede onde se encontram guardados os materiais destinados à intervenção psicomotora como alguns colchões, mantas, e duas bolas de tamanho pequeno. Habitualmente papeis, canetas e lápis também fazem parte do reportório de material disponibilizado para as sessões, bem como um computador e por vezes cartas ou outro tipo de jogos. A sala de terapias possui ainda uma janela que permite ser aberta apenas na parte superior, com uma persiana de tecido na sua frente para que seja possível regular a luminosidade natural ou simplesmente para fazer com que não seja possível observar o interior do gabinete a partir do exterior da Casa de Alba. Ao lado da porta de entrada existe ainda uma outra com entrada para o WC que se encontra também dentro da sala.

5.2. Sessão-tipo

A tipologia das sessões de intervenção psicomotora conduzidas na Casa de Alba foi praticamente idêntica entre as sessões de grupo e sessões individuais. Contudo, as sessões individuais tinham uma duração de 45 minutos, enquanto as sessões de grupo se estendiam até uma hora. Relativamente à sua estrutura, podem distinguir-se 4 fases: o diálogo inicial, a fase fundamental, o retorno à calma e por fim, o diálogo final/ reflexão.

O diálogo inicial que habitualmente durava de 5 ou 10 minutos, período correspondente à sessão individual e de grupo, respetivamente, teve como principal objetivo o acolhimento dos residentes no local e proporcionar um momento de partilha entre eles e a(s) terapeuta(s), de modo a existir uma preparação para a sessão que se segue. Habitualmente eram colocadas questões de modo a perceber-se como se encontram os residentes, questionando, por exemplo, “como está a sentir-se hoje?”. Relembrar as atividades da sessão anterior também é algo realizado com frequência neste período.

A fase fundamental era composta pelas atividades propriamente ditas, previamente planeadas de acordo com as necessidades específicas e objetivos delineados. Procurava-se que a sessão decorresse no seguimento destes parâmetros, contudo, privilegiava-se em qualquer circunstância a espontaneidade dos residentes, permitindo assim uma progressão do seu grau de iniciativa e autonomia. A frequência com que eram repetidos os diferentes tipos de atividades diferia, sobretudo, do plano terapêutico em causa; as atividades eram maioritariamente gnosopráticas e de âmbito expressivo.

O retorno à calma tinha como principal objetivo baixar o nível de atividade motora e consequentes movimentos corporais, no sentido de diminuir o ritmo do corpo, proporcionando momentos de calma e escuta interna, nomeadamente com a prática de relaxação e exercícios respiratórios.

Na última fase, diálogo final, era realizada uma reflexão composta por um momento de partilha onde os participantes exteriorizavam o que estavam a sentir no exato momento e/ou comparando com as sensações advindas aquando do momento inicial da sessão. Procurava-se ainda fazer uma revisão das atividades concretizadas, questionar os residentes acerca do propósito e objetivos de cada uma e perceber quais as suas favoritas.

5.3. Tipologia das Sessões: Individual e Pequeno Grupo

Os acompanhamentos individuais apenas foram realizados aos estudos de caso uma vez que as intervenções de grupo eram privilegiadas comparativamente às intervenções individuais. Para além desta questão, existiam também algumas dificuldades a nível de compatibilidade horária. Relativamente ao grupo, as sessões foram realizadas em contexto de ginásio/ sala. Este podia ser frequentado por qualquer residente da Casa de Alba, ainda que a adesão ficasse sempre aquém do desejável dado não existir qualquer carácter de obrigatoriedade por parte dos residentes no que respeita à sua comparência nas diferentes terapias e os residentes apresentarem resistência à realização de atividades de mediação corporal. Por esse motivo, o número de participações não era constante e chegou a ser nula diversas vezes. Assim, apesar de as sessões serem previamente planeadas, existia a necessidade constante de adaptação e reestruturação do planeamento de modo a adaptar-se aos residentes presentes em cada sessão.

Os acompanhamentos individuais foram realizados de acordo com as necessidades específicas e particulares de cada residente. Ambos foram estudo de caso e apenas com o José foi possível realizar uma avaliação inicial com instrumentos de avaliação formais, bem como estruturar a intervenção, posteriormente à realização do projeto terapêutico. Em termos de estrutura e técnicas utilizadas, as sessões decorreram num modelo bastante semelhante ao das sessões de grupo. Com o André apenas foi possível realizar uma avaliação de carácter informal, com base na observação psicomotora durante as sessões de psicomotricidade, atendendo ao seu perfil caracterial. As sessões assentaram sobretudo no objetivo primordial de qualquer intervenção, ou seja, o estabelecimento da relação terapêutica. Como mediador, recorreu-se principalmente às terapias expressivas, nomeadamente ao desenho no sentido de facilitar a expressão de sentimentos e emoções por via não-verbal.

6. Descrição das Várias Etapas de Intervenção

A fase inicial do processo terapêutico teve início com a recolha dos dados anamnésicos e todo o historial clínico do residente. Estas informações foram obtidas através dos processos individuais pertencentes à Casa de Alba. Assim, a entrevista teve um maior enfoque na obtenção de informação detalhada no que diz respeito à história do residente, como por exemplo, pormenores que gostasse de partilhar acerca desta, qual a sensação de estar a viver na Casa de Alba, que objetivos ambiciona alcançar com a terapia psicomotora, entre outras questões.

Seguiu-se o processo de avaliação inicial ao qual se recorreu a instrumentos e métodos, que na visão da estagiária, melhor poderiam concretizar uma análise holística e completa do caso.

A intervenção psicomotora propriamente dita teve lugar após a estruturação do Projeto de Intervenção, constituído pelos devidos objetivos terapêuticos e estratégias específicas que permitiram a escolha das técnicas de intervenção em psicomotricidade e atividades que melhor se adaptavam e visavam uma progressão terapêutica de sucesso, quer no grupo, quer nos casos individuais.

Por fim, a realização da avaliação final teve o intuito de verificar a evolução geral do indivíduo, percecionando-se assim se os objetivos inicialmente traçados foram alcançados. Apesar de não ter sido possível aplicar os instrumentos utilizados anteriormente, a avaliação final foi assegurada através da realização da observação psicomotora informal.

7. Descrição dos Instrumentos de Avaliação

Para a avaliação psicomotora dos casos acompanhados ao longo do estágio foram utilizados os seguintes instrumentos: a Bateria Psicomotora (BPM) de Fonseca (2010), a The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT) de Van Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst e Knapen (1989), o Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975), foi utilizada a versão adaptada por Guerreiro e colaboradores (1984) e o Draw a Person – A Quantitative Scoring System (DAP) de Naglieri (1988).

A escolha dos instrumentos teve em conta as características dos residentes em questão e o que se pretendeu colocar em evidência. Foram aplicados com a finalidade única de avaliar o perfil psicomotor e a expressão psicomotora de cada residente, e posteriormente elaborar os projetos terapêuticos. A escolha e posterior aplicação dos instrumentos foi discutida e aceite por parte da instituição.

7.1. Bateria Psicomotora (BPM)

A Bateria Psicomotora é um instrumento que permite traçar o perfil psicomotor do indivíduo e identificar informações relativas à sua integridade psicomotora e psiconeurológica. Trata-se de uma avaliação dinâmica que integra uma perspetiva psiconeurológica concordante com a organização funcional do cérebro relacionada com as três unidades de Luria. O nível de estruturação neurológica destas encontra-se diretamente ligada com o potencial de aprendizagem, no que respeita à sua integridade e consequentemente em termos de dificuldade. A BPM constitui um conjunto de atividades relacionadas com os sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010).

A cotação do desempenho é efetuada de acordo com 4 níveis, existindo diferentes critérios para cada tarefa. Assim, os pontos serão atribuídos de acordo com as seguintes normas (Fonseca, 2010):

- 1 ponto (Apraxia): existe carência de resposta, a execução é feita de forma imperfeita, incompleta, com descoordenação; há disfunções visíveis, que representam dificuldades evidentes;
- 2 pontos (Dispraxia): a execução é insatisfatória, com presença de sinais desviantes, demonstrando dificuldades de controlo e disfunções ligeiras;

- 3 pontos (Eupraxia): execução realizada de forma completa e adaptada, demonstrando controlo, não são observadas dificuldades;
- 4 pontos (Hiperpraxia): execução sem falhas, perfeita; prestação ótima que evidencia a presença de facilidades de controlo.

A cotação final do instrumento é conseguida ao realizar a média de cotação de todos os fatores, traçando-se, assim, o perfil psicomotor. A cotação mais elevada corresponde a 28 pontos, a média a 14 pontos e a mínima a 7 pontos. Desta forma, o perfil psicomotor hiperpráxico é cotado entre os 22 e 27 pontos; o perfil psicomotor eupráxico está compreendido entre os 14 e os 21 pontos; o perfil psicomotor dispráxico insere-se entre os 9 e 13 pontos; e, por fim, o perfil apráxico corresponde à cotação de 7 e 8 pontos (Fonseca, 2010).

Ainda que a BPM seja habitualmente aplicada em crianças e jovens dos 4 aos 12 anos (Fonseca, 2010), é um instrumento que possibilita a recolha de dados relevantes também em adultos, nomeadamente, na avaliação de casos com experiência de perturbações mentais. O relatório de estágio realizado por Melo (2014) que descreve a aplicação da BPM na intervenção em saúde mental com adultos.

Houve necessidade de adaptação do teste tendo em conta as particularidades do residente, informação já obtida e relevância para a avaliação. Deste modo, foram aplicados os seguintes itens: fator extensibilidade: passividade, paratonia, diadococinésias, sincinesias; fator equilíbrio: imobilidade, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico (apenas marcha controlada); fator lateralização: todos; fator noção do corpo: reconhecimento direita-esquerda, imitação de gestos; fator estruturação spatiotemporal: todos; fator praxia global: todos; fator praxia fina: coordenação dinâmica visual.

7.2. The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT)

A Escala de Louvain fornece informações importantes de ordem quantitativa, que se relacionam aos objetivos terapêuticos a traçar na terapia psicomotora. Os dados recolhidos assentam em peculiaridades da personalidade que de alguma forma se encontram alteradas e podem ser observadas através dos movimentos corporais do paciente. Os objetivos a analisar resumem-se em nove categorias distintas: Relações emocionais, Autoconfiança, Atividade, Relaxação, Controlo do movimento, Focalização, Expressão corporal, Comunicação verbal e por último, Capacidade de regulação emocional (Van Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Para cada categoria referida anteriormente é estabelecida uma escala composta por 7 pontos, que varia entre os valores -3 a +3. O extremo negativo é representativo de um comportamento perturbado em grande excesso, pelo contrário o extremo positivo revela o comportamento oposto, mas de igual forma perturbado. O comportamento de um indivíduo com problemas psiquiátricos pode ser exibido de forma excessiva ou em défice. Quando a pontuação para o item é 0 significa que o comportamento não é classificado como perturbado. A avaliação do indivíduo não deve ser realizada perante situações de movimento exagerado ou que exijam um nível elevado de habilidade motora. Idealmente a observação deveria ser efetuada segundo as mesmas condições ambientais, são utilizados os

exemplos de observação ao som de música, ao longo de um exercício de equilíbrio, durante um jogo de basquetebol, entre outros. A escala permite obter dados quantitativos quer de cada item separadamente, quer de todo o conjunto de itens, possibilitando a obtenção de uma avaliação quantitativa global de comportamentos desviantes em situações de movimento. (Van Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

7.3. Mini Mental State Examination (MMSE)

O Mini Mental State Examination é um exame que avalia quantitativamente as funções cognitivas, possibilitando estimar o grau de comprometimento cognitivo do indivíduo. O teste é separado em duas secções, a primeira é relativa a testes de orientação, memória e atenção. A segunda avalia as competências de nomeação, a capacidade de seguir ordens verbais e escritas simultaneamente à redação de uma frase e finalmente, pretende-se a reprodução de um polígono complexo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

O teste possui 11 questões e são necessários entre 5 a 10 minutos para o completar. A sua administração é adequada a indivíduos com demências, perturbações afetivas, dificuldades cognitivas, perturbações da personalidade, esquizofrenia, mas também a pessoas sem qualquer patologia. Segundo os autores, é um exame essencial para a avaliação de perturbações psiquiátricas (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

A primeira secção é composta por questões relativas às capacidades de orientação, memória e atenção, sendo a cotação máxima possível de 21 pontos. A segunda secção implica as competências de nomeação, receber orientações verbais e escritas, escrever livremente e copiar um polígono complexo idêntico à figura de Bender-Gestalt. A pontuação máxima desta secção é de 9 pontos. Assim, o exame completo possui um máximo de 30 pontos. Considera-se que está em causa defeito cognitivo quando se verifica uma cotação de 15 pontos ou menos para indivíduos analfabetos, quando a cotação é 22 ou inferior em indivíduos que têm entre 1 e 11 anos de escolaridade e, por fim, uma cotação de 27 ou inferior em indivíduos com uma escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro, et al., 1994).

7.4. Draw a Person – A Quantitative Scoring System (DAP)

O DAP é um instrumento usualmente utilizado com crianças e jovens, na faixa etária dos 5 aos 17 anos, contudo, e tendo em conta as características das informações obtidas, pode ser benéfico também na avaliação de indivíduos adultos com perturbações cognitivas, com dificuldades de audição ou de linguagem, uma vez que permite a recolha de informação relativamente a possíveis dificuldades nessas competências, bem como, inferir se existe uma boa ou má noção corporal. Permite a recolha de dados acerca das competências cognitivas verbais e não-verbais segundo a análise de desenhos de três figuras humanas: o homem, a mulher e o próprio. O sistema de avaliação atribui pontos consoante a inclusão, composição e proporcionalidade dos diferentes segmentos corporais (Neisworth & Butler, 1990).

As três figuras encontram-se em páginas separadas e por cada desenho é facultado um período máximo de 5 minutos. Cada desenho possui vários itens sendo que cada item possui uma pontuação, obtendo-se posteriormente a pontuação total deste, a pontuação padrão, o percentil, os intervalos de confiança e a pontuação global do teste (Neisworth & Butler, 1990).

Os autores Neisworth e Butler (1990) referem que o sistema de cotação se divide em três áreas diferentes: os critérios, as categorias e os itens. Os últimos têm quatro pontuações diferentes: presença de um determinado fator como uma parte do corpo ou vestuário; inclusão de um detalhe específico; existência de uma proporção realista das partes do corpo; por fim, o bônus é fornecido quando todos os anteriores se verificaram. Os critérios são compostos por 14 partes do corpo: olhos, ligações, vestuário, ouvidos, pés, dedos, braços, pernas, cabelos, cabeça, boca, pescoço, tronco e nariz. Existem também três fases de cotação distintas: analisar a idade cronológica do indivíduo, as pontuações brutas dos três desenhos e efetuar a conversão das mesmas nos parâmetros correspondentes referidas no manual.

O profissional deverá ter capacidade para administrar o teste, pontuá-lo e interpretar os seus resultados de forma que seja sempre retirada a melhor apreciação possível. O instrumento não deve ser utilizado isoladamente, mas sim complementado com outras medidas avaliativas por forma a ser obtida uma análise global do indivíduo (Neisworth & Butler, 1990).

8. Descrição do Caso Acompanhado Individualmente

Atendendo à dinâmica da instituição e devido à vida em comunidade, uma vez que a estagiária exercia outras funções que não apenas os acompanhamentos individuais e de grupo em psicomotricidade, foi possível acompanhar um caso individualmente além dos estudos de caso relatados nos capítulos seguintes. Há, contudo, uma exceção, tratando-se das sessões individuais de psicomotricidade com o Manuel iniciadas a 8 de abril de 2019. O início tardio da terapia surgiu no sentido de colmatar o *dropout* efetuado pelo André, mas também por ser um dos casos já referenciado para as sessões de psicomotricidade numa fase mais precoce do estágio. Apenas foi possível realizar a entrevista e a aplicação do *DAP* no primeiro contacto em contexto terapêutico propriamente dito, uma vez que o Manuel não compareceu às sessões seguintes, tendo posteriormente se ausentado temporariamente da Casa de Alba. Por conseguinte não foram reunidas as condições necessárias para que fosse possível delinear o projeto terapêutico destinado ao Manuel. As informações apresentadas em seguida foram recolhidas, com o devido consentimento informado, livre e esclarecido, do arquivo clínico do Manuel pertencente à Casa de Alba, em união com os dados recolhidos através da entrevista efetuada pela estagiária.

8.1. Manuel

8.1.1. História Pessoal e Clínica

O Manuel (nome fictício) tem perto de 30 anos, é filho de pais divorciados e tem um irmão mais novo apenas da parte do pai. Reside numa grande cidade portuguesa com a sua mãe. Frequentou um curso universitário da área tecnológica, porém este não foi concluído tendo ainda trabalhado na área do curso que estava a frequentar até aos 3 meses anteriores a iniciar o Projeto Terapêutico na Casa de Alba que teve início em maio de 2018.

Foi diagnosticado com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) no início da adolescência, mas refere a presença de sintomas desde os 6 anos, pouco depois do divórcio dos pais. Até aos 9 anos explicou ter começado uma fase de experiências e a partir dos 9 anos iniciou o procedimento das lavagens constantes. Os rituais possuem um caráter de limpeza e desinfecção, não estando associadas a qualquer prevenção “mágica” de acontecimentos particulares. A sensação de contaminação parece estar associada a um objeto particular, contudo este altera-se, o foco pode incidir em pessoas, objetos, locais específicos, entre outros. Até dar entrada na Casa de Alba teve acompanhamento psicoterapêutico e iniciou o acompanhamento psiquiátrico em 2017 começando igualmente a terapia farmacológica.

O encaminhamento para a Casa de Alba foi realizado pela tia devido ao agravamento dos sintomas, nomeadamente ao aumento significativo dos “rituais” originados pelas ideias de contaminação e compulsão ao nível da limpeza. Tenta conter os rituais, mas aparentemente sem sucesso levando ao isolamento social. Relata dificuldades em dormir, o seu sono não é estável por consequência da preocupação exagerada. De acordo com o descrito, a sintomatologia agravou-se no seguimento de uma situação conflituosa com o pai, o que motivou a saída de casa deste, passando a ir viver com a mãe. Porém, caracteriza o ambiente em casa da sua mãe como pouco estável a nível emocional. Posteriormente ao conflito que levou à “expulsão” de casa do pai, o mesmo passou a ser o foco da contaminação na vida do Manuel.

Desde o processo de divórcio que foi alternando entre a casa do pai e da mãe. O pai vive com a sua companheira e com o filho mais novo do casal. A mãe vive sozinha e tem antecedentes de Perturbação Bipolar, por vezes tem visitas da avó do Manuel. Menciona que é difícil para si permanecer em ambos os ambientes familiares. A relação com a madrastra nem sempre foi fácil, mas tem vindo a melhorar. A companheira do pai tem uma filha com 18 anos e o Manuel refere não ter uma relação de proximidade com esta.

Diz nunca ter sido muito sociável e não gostar particularmente de estar inserido em grupos. Na escola sentia-se pouco confiante e inseguro, mas por outro lado “superior”, tendo preferência em relacionar-se com pessoas mais velhas. Menciona não ter tido relações amorosas, apenas algumas “tentativas online” (sic) que resultaram em situações passageiras.

O Manuel relatou ainda algumas questões pessoais que assinala como problemáticas, tais como: dificuldade em decompor problemas; pensamentos obsessivos e rituais; dificuldade na tomada de decisões; dificuldade em estabelecer limites a si próprio e impor respeito; dificuldade em gerir emoções,

nomeadamente a raiva; dificuldade em saber lidar com situações e pessoas de forma inesperada ou stressantes.

É asmático e desconhece outras alergias. Refere consumo moderado de álcool em contexto social e nega o consumo de outras substâncias. Quando questionado sobre os seus objetivos na Casa de Alba, responde que ambiciona encontrar um rumo para a sua vida, visto não ter planos a longo prazo. Gostaria de abrir uma empresa, mas a curto prazo diz querer terminar a licenciatura. Atribui a POC como a principal razão para estar na Casa de Alba. Anteriormente sentia-se melhor, porém devido a vários a vários acontecimentos, a sua saúde mental “deteriorou-se” (sic).

Após ser questionado sobre a vivência com o próprio corpo e se possui queixas deste, refere que é variável. Diz ser muito sedentário e tenso, ainda que não se sinta “nem bem, nem mal” (sic), gostava de começar a fazer exercício físico. Refere também alguma dificuldade de memória, mas associa ao contexto de vida em que se encontra. Relativamente ao sono menciona dificuldade em adormecer e em acordar.

Gosta de fazer coisas que o deixem descontraído e que requeiram paciência e atenção da sua parte. Posteriormente refere algumas atividades favoritas como desenhar, pintar, e diz já ter desmontado o seu computador. Considera-se uma “pessoa orientada para os detalhes e perfeccionista” (sic).

No que concerne à terapia psicomotora, menciona não ter expectativas propriamente ditas. Contudo, fala da experiência anterior numa outra instituição onde frequentou sessões de grupo de psicomotricidade, dizendo que lhe deixou um “mau gosto na boca” (sic), por ser numa dinâmica principalmente direcionada para o confronto com as suas maiores dificuldades.

O plano terapêutico inicial elaborado pela equipa clínica implicou: a não “castração/ proibição” dos rituais; perceber quais as áreas problemáticas; realização da entrevista e avaliação psiquiátrica e avaliação psicossocial.

A avaliação psiquiátrica revelou um valor representativo de “sintomas graves – ideação suicida, rituais obsessivos graves, furtos frequentes em lojas OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar, ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego”. O Manuel obteve 50 na *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) – Escala de Avaliação Global do Funcionamento. Este instrumento permite a recolha de informação clínica a nível quantitativo acerca da gravidade da doença psiquiátrica. A GAF recolhe e avalia dados das questões psicológicas, sociais e do funcionamento sócio ocupacional dos indivíduos. Foi utilizada a escala modificada pertencente à quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Aas, 2011).

8.1.2. Draw a Person (DAP)

Tal como referido anteriormente, o DAP apenas permite fazer a avaliação de modo quantitativo em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos. Visto a idade do Manuel ser bastante superior, a análise deste instrumento será efetuada somente de forma qualitativa em consonância com as informações e parâmetros de cotação fornecidos pelo manual do instrumento.

Tendo em conta as particularidades do Manuel, a estagiária decidiu não estabelecer limite de tempo na realização dos desenhos. Foram utilizados 27 minutos no total quando o limite seria de 15 minutos, respeitando as normas redigidas no manual. Esta adaptação foi efetuada devido às dificuldades apresentadas pelo Manuel pois tal como referiu na entrevista, é uma “pessoa orientada para os detalhes e perfeccionista” (sic). Dado as dificuldades de autorregulação estas características parecem também ser representativas de um quadro comportamental perturbado por excesso. Para além do referido, o Manuel já havia tido acompanhamento ao nível da psicomotricidade, o qual caracterizou como extremamente negativo. Assim, a estagiária pretendeu evitar qualquer tipo de situação desencadeadora de desconforto e ansiedade.

No decorrer da avaliação, o Manuel revelou alguma tensão psicomotora representada pela hipertonicidade generalizada, evidenciando também algumas sincinesias bucais. Girou constantemente a folha e recorreu várias vezes à borracha para corrigir o que já tinha sido feito.

Existem vários pormenores que podem ser salientados relativamente às semelhanças entre as três figuras representadas. Todos eles foram desenhados praticamente sem vestuário, sendo que os corpos se apresentam apenas com a roupa interior utilizada para cobrir os órgãos sexuais de cada género. Ainda que o traço não seja preciso, os desenhos possuem bastantes detalhes que caracterizam as particularidades do corpo humano. Estes encontram-se colocados no centro da folha com o corpo e a cabeça direcionados para o lado esquerdo, como pode ser observado na Figura 1.



Figura 1 – Desenho da Figura Humana do Manuel

O desenho do homem foi aquele que obteve um maior investimento por parte do Manuel, quer ao nível dos traços efetuados, quer pelo tempo que ocupou neste, perfazendo um total de 12 minutos até à sua conclusão. Foi também o desenho com maiores proporções, sendo a aparência masculina e robusta transmitidas explicitamente através do torneamento muscular realizado.

Ambos os braços são representados e possuem as proporções de largura e comprimento corretas, porém estes terminam sem dedos e mãos bem definidos, apresentando apenas o polegar numa destas. O tronco apresenta igualmente a proporcionalidade adequada, bem como a cabeça, as pernas, o nariz, os olhos, os pés e o pescoço são expostos com as medidas verticais, horizontais, de comprimento e de largura consideradas certas. As devidas ligações entre os segmentos corporais e o cabelo também se encontram convenientemente assinalados. Os ouvidos, apesar de apenas um estar apresentado, visto a cabeça se encontrar um pouco na lateral, não exhibe qualquer pormenor. A boca foi demarcada com um traço e algo que parece representar a contração da mesma, contudo, manifesta bidimensionalidade. Relativamente ao vestuário, é exibida uma única peça sem qualquer transparência.

O desenho da mulher levou 6 minutos a ser concretizado, sendo aquele que o Manuel acabou mais rapidamente. São notórios traços delineadores de uma figura mais esguia e de dimensões inferiores que a descrita anteriormente.

Tanto a cabeça, como o pescoço, o tronco, as pernas, os olhos e os pés se encontram desenhados com as proporções desejadas ao nível de largura, comprimento e das medidas verticais e horizontais. Os braços possuem o comprimento maior do que a largura como esperado, porém a finalização destes não são representados por mãos com dedos bem delimitados, pelo contrário, não existe qualquer representação de ambos. Somente um ouvido é exposto e sem detalhes característicos. A boca não cumpre as medidas da bidimensionalidade porque a sua representação é feita por um único traço. Todas as ligações entre os diferentes segmentos do corpo foram efetuadas, assim como as duas peças de vestuário que se revelam opacas.

O último desenho corresponde à representação de si próprio, tendo sido terminado após 9 minutos. As proporções deste assemelham-se mais com as encontradas no desenho da mulher do que do homem, apesar de o Manuel ser do sexo masculino. Os traços representam um corpo estreito, não evidenciando qualquer enfoque na musculatura. O peito e a barriga encontram-se rabiscados, aparentemente representando pilosidade, pormenor não evidenciado no desenho do homem.

À semelhança da descrição relativa aos desenhos descritos acima, os braços, os olhos, a cabeça, as pernas, o pescoço e o tronco encontram-se representados com proporcionalidade entre as diferentes medidas: largura, comprimento, e relação entre a medição vertical e horizontal. Ainda em conformidade com os anteriores, o ouvido é apenas representado, mas sem qualquer pormenor evidenciado. As mãos e os dedos não foram desenhados, terminando o braço com uma aparência irregular e sem forma específica. A boca é exibida com um traço apenas e os pés apesar de serem colocados em duas dimensões, não contém detalhes ou pormenores. Existe representação do nariz, mas igualmente sem nenhum detalhe específico. Todas as ligações entre os segmentos corporais foram realizadas e tal como no desenho do homem, apenas foi colocada uma peça de roupa sem transparências. De modo a ser fiel à sua imagem física, o Manuel não desenhou cabelo e colocou barba no seu rosto.

O Manuel participou em apenas duas sessões de psicomotricidade, a primeira onde foi realizada a entrevista e a segunda em que foi aplicado o *DAP*. Foi, portanto, considerado um caso de *dropout*. A sua não participação coincidiu com um momento de maior apatia e afastamento das rotinas da

Comunidade Terapêutica, bem como das restantes terapias que frequentava. Posteriormente ocorreu um período de ausência alargado das instalações da Casa de Alba.

9. Descrição dos Participantes² das Intervenções em Grupo (ginásio/sala e piscina)

É importante salientar previamente que a adesão por parte dos residentes ao grupo de psicomotricidade não obteve a participação e consistência desejáveis para que fosse possível ser considerado um grupo coeso e com objetivos alcançados claramente visíveis. As sessões foram canceladas diversas vezes por falta de comparência, ou decorriam apenas com um residente. Sendo que nas restantes, como as diversas presenças não seguiam a devida periodicidade, as sessões raramente eram compostas pelo mesmo grupo de pessoas.

Tal situação poderá ser explicada por não existir qualquer carácter de obrigatoriedade no que respeita à comparência nas terapias e atividades propostas pela Casa de Alba aos residentes, onde se inclui as sessões de grupo de psicomotricidade. Porém, assim como foi mencionado anteriormente, existia também uma resistência às atividades de mediação corporal por parte dos residentes, sendo que esta questão era abordada nas reuniões comunitárias com o objetivo de ser desmistificada.

Uma vez que ambos os estudos de caso descritos mais à frente neste trabalho, também frequentavam as sessões em causa para além das individuais, serão apenas abordados os restantes casos por ordem superior de assiduidade.

A intervenção psicomotora ao grupo decorreu no seguimento do acompanhamento já realizado pela orientadora na Comunidade, com os principais objetivos de:

- melhorar o autocontrolo e autoconfiança;
- promover a expressão corporal;
- melhorar as competências pessoais e sociais;
- promover o controlo da ansiedade;
- promover a regulação tónica;
- promover a consciencialização corporal;
- desenvolver ou potenciar os fatores psicomotores.

Para tal, recorreu-se a atividades lúdicas e gnosopráticas, mas também a técnicas expressivas e de relaxação, em contexto de meio aquático e ginásio.

9.1. Francisca

A Francisca (nome fictício) é uma senhora com idade entre 55-60 anos, encaminhada para a Casa de Alba pela sua psiquiatra devido ao diagnóstico de Depressão. Iniciou o programa terapêutico em julho

² Os consentimentos informados, livres e esclarecidos foram obtidos junto de todos os participantes acompanhados em sessões em grupo. Os participantes foram clarificados dos objetivos, benefícios e eventuais riscos decorrentes da intervenção psicomotora, assim como da inteira liberdade para decidir da sua aceitação ou recusa para participar nas sessões de psicomotricidade, sem que isso pudesse ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada.

de 2017, com uma proposta de acompanhamento de 18 meses, contudo decidiu abandonar o programa em dezembro de 2018.

À exceção dos residentes escolhidos para estudo de caso, foi a residente que contou com um maior número de participações no grupo, sendo bastante assídua. Relativamente às sessões, nomeadamente nos momentos de diálogo, a Francisca apresentava de forma sistemática um discurso semelhante, ou seja, referia frequentemente as mesmas sensações utilizando vocabulário idêntico para tal. Na conversa inicial, a Francisca dizia não se sentir bem, estando ansiosa e com a presença de pensamentos negativos constantes. Contudo, sempre que questionada acerca desses pensamentos, não possuía capacidade para elaborar algo acerca destes, no sentido de especificar que pensamentos tinha em concreto e as repercussões que estes efetuavam no seu corpo. No que diz respeito ao diálogo final, referia sentir-se menos ansiosa e mais relaxada, novamente, com os mesmos vocábulos e sem especificar aprofundadamente as suas sensações.

Demonstrou uma grande dificuldade no que respeita à consciencialização emocional, o que por sua vez impossibilitava a expressão de sentimentos e emoções. Tal como referido anteriormente, a Francisca não verbalizava ou atribuía significado aos pensamentos e sensações propriamente ditos, referindo apenas a sua presença. As suas expressões faciais por vezes pareciam “congeladas”, o que leva a afirmar uma discordância por inexpressividade relativamente às emoções sentidas. Aparentemente não existiu uma verdadeira envolvência nem com o grupo, nem relativamente às atividades propostas. A Francisca apresentava uma postura bastante passiva e sem confiança, detentora de movimentos poucos expressivos e sem “vida”. A comunicação verbal por iniciativa era praticamente inexistente, contudo respondia sempre que solicitado. Foram também observadas grandes dificuldades de acesso à passividade nos momentos de relaxação.

A Francisca parecia dar o suficiente de si para tentar agradar, mas não com o principal objetivo de melhorar a sua condição clínica. Em consonância com o que foi observado e relatado por parte da equipa clínica noutros contextos terapêuticos, mas também no que diz respeito à análise do funcionamento geral da Francisca, não pareceu existir uma alteração expressiva na postura ou comportamento da residente ao longo do decorrer das sessões de psicomotricidade.

No que diz respeito à participação da Francisca nas sessões de psicomotricidade em meio aquático, esta apresentava uma postura de grande dependência em relação às terapeutas mesmo quando anteriormente já havia mostrado capacidades para realizar as atividades propostas. Os seus movimentos eram pouco expressivos e de fraca amplitude, necessitando também de muito tempo para completar os exercícios. Apesar de permanecer nas sessões com uma postura que revela pouca conexão com o grupo e com a dinâmica estabelecida, era assídua e participativa dando diversas vezes sugestões quando lhe era sugerido.

A avaliação na terapia psicomotora é congruente com a restante avaliação global, uma vez que a sua condição clínica não se alterou expressivamente desde o seu momento de entrada na Casa de Alba, mesmo após vários meses de integração no programa terapêutico.

9.2. Filomena

A Filomena (nome fictício) tem entre 50 e 55 anos de idade e possui diagnóstico de Esquizofrenia desde o início da idade adulta. Iniciou o programa terapêutico na Casa de Alba antes do verão de 2018. A residente revelava estar constantemente muito ansiosa e a ouvir vozes, questionando por vezes se as restantes pessoas ao seu redor também as ouviam. A agitação psicomotora bem como as dificuldades de controlo motor eram evidentes, assim como, a sua impulsividade para a ação. O desenho era o recurso de eleição na luta contra a ansiedade, tornando-se também no seu principal passatempo do dia-a-dia, dada a sua relutância na participação das diversas atividades e terapias promovidas pela Casa de Alba.

Participou de forma bastante inconstante nas sessões, não existindo uma continuidade na terapia. Era frequente referir de imediato que se encontrava “demasiado ansiosa” (sic) e que por esse motivo, provavelmente não iria conseguir manter-se na sessão até esta terminar. Contudo, apesar de pedir para ficar apenas a assistir à sessão ou adaptar a maioria das atividades para poder permanecer sentada, habitualmente no final destas referia sentir-se com menos manifestações corporais decorrentes da ansiedade e consequentemente mais relaxada.

No decorrer da intervenção, a Filomena mostrou-se cada vez mais ligada com as atividades dinamizadas e principalmente mais envolvida na dinâmica de grupo, focando-se não apenas em si, mas demonstrando também interesse nos outros. A necessidade de chamar a atenção das terapeutas ao frisar a ansiedade sentida e expressar constantes avisos de abandono, desvaneceu-se aos poucos. Apesar de continuar a pedir para realizar as atividades sentada foi notório o seu empenho e vontade em participar nestas. Por vezes, era impulsiva quer no discurso quer nos movimentos corporais efetuados, contudo, foi observada uma melhoria na contenção dos mesmos, bem como no ajuste do seu controlo motor. Por consequência, a expressividade do movimento deixou de ser apresentada de forma tão evidente e a comunicação verbal menos exagerada.

Relativamente às sessões de psicomotricidade em meio aquático, a Filomena demonstrou um grande à vontade na piscina uma vez que já tinha praticado natação anteriormente. Apesar de apenas ter comparecido a 3 sessões pareceu bastante envolvida nestas, demonstrando agilidade e controlo da ação motora ainda que por vezes apresentasse alguma impulsividade. Nos momentos de diálogo final referia sentir-se mais relaxada, com menos manifestações de ansiedade reconhecendo os benefícios da terapia no meio aquático.

9.3. Maria

A Maria (nome fictício) é uma senhora na casa dos 60 anos e o seu percurso na Casa de Alba sofreu várias alterações ao longo do tempo, sendo que já havia sido residente anteriormente ao programa terapêutico exposto. Após o término do primeiro programa terapêutico, teve consultas de psicoterapia em regime ambulatorio, acompanhamento assegurado igualmente pela Casa de Alba. A Maria possui diagnóstico de Depressão com ideação suicida, e dado o agravamento do seu quadro clínico foi-lhe proposto que integrasse um novo programa terapêutico de 9 meses como residente, tendo sido este iniciado em outubro de 2018.

Ao longo desse período faltou a poucas sessões, principalmente por incompatibilidade horária. Habitualmente a Maria descrevia sentir-se muito triste e nervosa, a sua postura indicava uma autoconfiança e autoestima praticamente nulas e consequentemente apresentava-se como uma pessoa extremamente passiva e apática. Foi possível observar alguma lentificação psicomotora. Os seus movimentos não detinham expressividade e a sua comunicação era quase inexistente, falava baixo e as palavras eram proferidas de forma arrastada tornando-se o seu discurso por vezes pouco perceptível. A Maria revelava uma elevada reatividade emocional e chorou inclusivamente num dos momentos de diálogo quando partilhou uma situação com outra residente que a deixou bastante transtornada. Numa das sessões, na prática de relaxação com recurso a materiais, foi possível sentir o total abandono dos membros por parte da residente que se manteve ao longo desse período de olhos fechados e aparentemente num estado de relaxação profundo. Posto isto, a Maria parece revelar uma extrema facilidade de acesso à passividade.

Apesar do pequeno número de sessões participadas, a Maria ficou progressivamente mais ativa e comunicativa e o seu humor notou-se um pouco mais positivo. O seu nível de envolvimento com o grupo também aumentou, revelando uma postura menos passiva para com os outros.

Participou em algumas sessões de psicomotricidade em meio aquático apesar de ter bastante medo de estar dentro de água. Foi por isso necessário providenciar um acompanhamento constante à Maria, realizando as atividades em conjunto consigo. Estas eram adaptadas a si, visto não conseguir realizar a sessão planeada para o restante grupo. Os seus movimentos eram inexpressivos, bastante calculosos e sem qualquer amplitude, estando sempre com uma postura hipertónica. Infelizmente participou num reduzido número de sessões, pelo que não foi possível assistir à sua evolução no meio aquático.

IV. Estudos de Caso

Caso I – José³ (nome fictício)

1. Revisão Teórica de Suporte ao Estudo de Caso

O Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) define-se como uma transformação ao nível da função cerebral ou pela presença de outras patologias relativas ao cérebro, originadas devido a uma força externa ao organismo. Para que se confirme o diagnóstico, pelo menos um dos seguintes sintomas deve verificar-se: défice de memória em situações antecedentes ou posteriores ao acidente; perda de consciência; défices neurológicos como perturbações da visão, do equilíbrio, afasia, dispraxia, entre outros; confusão mental; desorientação espacial; lentificação do pensamento, entre outros (Pavlovic

³ O consentimento informado, livre e esclarecido foi obtido junto do estudo de caso. O participante foi clarificado dos objetivos, benefícios e eventuais riscos decorrentes da intervenção psicomotora, assim como da inteira liberdade para decidir da sua aceitação ou recusa para participar nas sessões de psicomotricidade, sem que isso pudesse ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada.

et al., 2019; Pervez, Kitagawa & Chang, 2018). Surge posteriormente a um forte impacto entre a cavidade craniana e o córtex que consequentemente provoca o comprometimento das células nervosas atingidas. Esta colisão pode ser provocada por variadas causas, como quedas, acidentes rodoviários, entre outros (Sadigh, 2015). Cerca de 30% das mortes por ferimentos são provocadas por TCE, sendo este uma das principais causas de morte e invalidez em jovens adultos (Pervez et al., 2018).

Os danos cerebrais podem causar perturbações permanentes ao nível da consciência e ainda que esta possa ser readquirida, a capacidade da fala ou a realização de movimentos podem ser profundamente afetadas devido às lesões cerebrais deixadas (Lugo et al., 2019).

Sadigh (2015) afirma que após o acidente podem resultar sequelas que afetam o indivíduo em toda a sua globalidade. Serão descritas em seguida, de acordo com a autora, as diferentes áreas afetadas bem como as principais consequências associadas:

- Componente motora: ocorre normalmente uma paralisia incompleta, como hemiplegia, mas também perturbações do tônus muscular, da postura, do equilíbrio e da coordenação motora. Globalmente poderão ser observadas dificuldades na realização da marcha, da preensão, entre outras;
- Componente sensorial: problemas ao nível visual e possivelmente outros sentidos serão igualmente afetados, como o olfato ou o paladar;
- Componente sensitiva: acontecem modificações na sensibilidade ao toque, assim como nas sensações de calor, frio, dor e na perceção do corpo relativamente ao espaço;
- Componente cognitiva: as funções executivas e neuropsicológicas são gravemente afetadas no que concerne à memória, atenção e curso do pensamento. Existem ainda dificuldades na codificação ou reintegração das informações visuais e auditivas, bem como na capacidade de antecipação de diferentes ações;
- Componente psicoafetiva: pode surgir a desinibição da impulsividade e da sexualidade, a utilização de uma linguagem desadequada, a diminuição da capacidade de tolerância à frustração e o aumento da irritabilidade. Em sentido oposto, os comportamentos de passividade, falta de interesse e iniciativa, ou ainda a perda de sensibilidade emocional para com os outros são sinais igualmente comuns;
- Componente emocional: relativamente a este fator, ocorre essencialmente uma perda de controlo ao nível das emoções, que consequentemente poderá provocar instabilidade emocional e alterações repentinas de humor. A recuperação que maioritariamente é difícil e demorada gera ansiedade, angústia e sentimentos de frustração e depressão perante as dificuldades e incapacidades sentidas.

Assume-se então que as consequências vão além das repercussões de ordem física, como as cicatrizes, as alterações de peso ou a espasticidade. A identidade psíquica é tão ou mais afetada que a anterior dado às alterações comportamentais, falhas de memória, perturbações emocionais, entre outras.

Por vezes podem ocorrer perdas de memória com um maior grau de severidade decorrentes do traumatismo cerebral, originando possíveis casos de amnésia retrógrada (incapacidade de recordar memórias anteriores ao acidente), perda da identidade pessoal e amnésia anterógrada (dificuldade nas aprendizagens posteriores ao acidente). A amnésia retrógrada é o principal sintoma da amnésia psicogénica, nestes casos é comum que os indivíduos percam a capacidade de efetuar tarefas habituais, manter rotinas anteriores ao acidente ou recordar palavras comuns (Sadock et al., 2017).

A demência apresenta-se como mais uma das consequências possíveis resultante dos danos cerebrais. Para obter o diagnóstico, é realizado um exame clínico que compreende o exame do estado mental e a recolha da história clínica e pessoal do indivíduo. A equipa clínica deverá ter em atenção aos relatos e queixas do indivíduo relativamente a dificuldades de ordem intelectual e a falhas de memória. O comportamento deverá também ser analisado pois existem um conjunto de sinais que podem ser sugestivos da presença de demência, nomeadamente, instabilidade emocional; comentários desapropriados e reveladores de desinibição excessiva; apatia; aparência descuidada; e isolamento social (Sadock et al., 2017).

De acordo com o autor Pervez e seus colaboradores (2018), geralmente o TCE pode ser classificado de duas formas distintas, com base na gravidade dos sintomas clínicos e duração dos mesmos, ou de acordo com as características e localização da lesão no cérebro.

Relativamente à primeira forma de classificação referida, é possível categorizar consoante os seguintes fatores (Pervez et al., 2018): 1) *concussão ou contusão cerebral*: não há défice ao nível da memória e capacidades motoras ou os défices são leves a moderados, não se verificam ; 2) *lesão axonal difusa leve*: quando há perda de consciência durante um período de 6 a 24 horas, dificuldade de memória leve a moderada, amnésia pós-traumática durante algumas horas e dificuldades motoras leves; *lesão axonal difusa moderada*: perda de consciência num período superior a 24 horas, dificuldade de memória moderada, um período de vários dias de amnésia pós-traumática e dificuldades motoras moderadas; *lesão axonal difusa severa*: perda de consciência durante dias ou semanas, dificuldades acentuadas de memória, amnésia pós-traumática durante semanas e défice motor acentuado.

No que concerne ao tratamento efetuado, este é semelhante ao realizado em outro tipo de perturbações cognitivas e ou comportamentais com os mesmos sintomas. A terapia farmacológica poderá auxiliar nos sintomas depressivos, nos comportamentos agressivos e impulsivos (Sadock et al., 2017).

2. Identificação e Motivo de Encaminhamento para a Psicomotricidade

O José tem perto de 30 anos, vive com a sua mãe e tem o 12.º ano de escolaridade. Sofreu um acidente rodoviário há pouco mais do que uma década, o que lhe terá causado um Traumatismo Crânio-Encefálico. O início do acompanhamento em Psicomotricidade foi considerado benéfico por parte da equipa clínica na medida em que iria permitir ao José desenvolver uma melhor vivência com o seu

próprio corpo, bem como readquirir competências como a noção espacial ou a estruturação espaço-temporal. As sessões de psicomotricidade tiveram início a 8 de janeiro de 2019.

3. História Pessoal e Clínica

O José é filho único e vive com a sua mãe, com quem mantém uma relação muito próxima. O seu padrasto está maioritariamente ausente do local de residência visto trabalhar no estrangeiro. Os seus pais separaram-se quando o José era muito pequeno, referindo que a sua mãe era maltratada em resultado da toxicodependência do pai. Alguns anos após o divórcio, o seu pai faleceu devido ao consumo excessivo de substâncias, e o José demonstrou alguma tristeza por não ter sido possível partilharem mais momentos juntos tendo em conta as escolhas de vida que terá realizado. Segundo o José, desde a separação que não viu novamente o seu pai e não tem qualquer recordação deste. Frequentou um curso na área da engenharia, tendo também realizado o estágio de formação profissional que lhe deu equivalência ao 12.º ano de escolaridade.

Foi admitido na Casa de Alba em maio de 2018 em resposta ao pedido de encaminhamento realizado por parte da sua mãe, devido à relação de co-dependência gerada entre ambos, ao comprometimento cognitivo e perda de autonomia provocados por um traumatismo crânio-encefálico. Como referido anteriormente, este aconteceu há cerca de 10 anos na sequência de um acidente de automóvel que desencadeou o estado de coma do José durante alguns meses.

As sequelas cerebrais provocadas pelo traumatismo craniano resultaram em consequências neurológicas e cognitivas, nomeadamente, em ataxia e problemas ao nível da memória de curto prazo. Após o acidente, esteve 3 meses sem falar, perdendo também a sua autonomia. Gerou-se assim uma relação de co-dependência com a sua mãe, admitindo que faz todas as tarefas pelo filho e que o José tem “pavor de estar longe da mãe” (sic). Foi referido durante o encaminhamento que terá sido realizado um acompanhamento intensivo no que respeita ao desenvolvimento motor, nomeadamente, ao nível da recuperação da locomoção e coordenação. Porém, a resposta terapêutica relativa à autonomia, segurança e autoestima ficou aquém do necessário.

Não tem qualquer historial de agressão ou consumo de substâncias, contudo refere ter fumado haxixe durante a sua adolescência. A mãe refere que o José sofreu um episódio psicótico quando se encontrava num país europeu devido à administração de uma hormona do crescimento há cerca de 4/5 anos. Posteriormente a esse episódio começou a tomar Zyprexa® (antipsicótico), que consta na medicação atual juntamente com Trazadona® e Diazepam®. No que concerne à história familiar, há registo de consumo de substâncias por parte do pai, tal como referido previamente.

O José disse querer integrar a Casa de Alba com o objetivo de delinear objetivos de vida, como construir uma família e aumentar o seu grau de autonomia. No entanto, surge em paralelo o receio de integração do programa terapêutico dado as dificuldades a seguir mencionadas pelo próprio: separar-se da sua mãe, cuidar de si, realizar tarefas domésticas e em orientar-se no espaço que o rodeia.

A mãe refere que o José apresenta limitações na orientação espaço temporal, mas não considera que o seu caso se inclua no campo da deficiência, nem da saúde mental. Todas as atividades do quotidiano são realizadas com o seu apoio.

Quando questionado acerca do porquê de estar na Casa de Alba, justifica que se deve a não poder trabalhar e refere ter algumas dúvidas sobre a vida, como não ter a certeza se as pessoas gostam de si. Relativamente às expectativas acerca das sessões de psicomotricidade e o que gostaria de trabalhar, o José diz “saber onde estou e ficar com isso na cabeça” (sic), conseguir fazer contas de matemática, saltar à corda e jogar andebol.

Anteriormente ao acidente, o José diz ter praticado andebol, hóquei e natação. Após ser questionado sobre o que gostava de fazer nos seus tempos livres, referiu: “para ser sincero, nada. Gostava de trabalhar e de ganhar dinheiro” (sic). Mais tarde disse gostar de ver televisão, ouvir música e saltar à corda, mas neste momento não tem ninguém com quem o fazer.

Em relação à sua família, o José diz que mantém uma boa relação, porém, não a vê com muita regularidade. É próximo da sua mãe, contudo diz sentir-se mais próximo dos seus tios de momento. Quando questionado sobre as suas amizades, refere ter amigos, mas que todos eles seguiram com a sua vida, pelo que aparentemente não possui uma relação de proximidade com nenhum deles.

De modo generalizado, a avaliação realizada por parte da equipa clínica aponta que é importante apostar na autonomia, socialização e projeto de vida próprio, visto que o José já teve bastante investimento ao nível da reabilitação física. A mãe reconhece que o afastamento da família pode ser benéfico para a obtenção dos objetivos anteriormente referidos. Foi por isso essencial desenvolver a capacidade de reflexão do José no que diz respeito à forma como se relaciona consigo próprio, com os outros e com o espaço que o rodeia, no sentido de estimular a sua autonomia e maturidade emocional. Foi proposto um programa terapêutico longo de 18 meses com o objetivo de dar resposta aos objetivos anteriormente mencionados, salientando-se a importância de incluir a sua família ao longo deste processo.

O plano terapêutico delineado incluiu a integração faseada nas rotinas da comunidade; o início do programa de atividades e terapias; ter em consideração a limitação espaço-temporal, auxiliando o José na orientação e na interiorização do espaço e da rotina; ter atenção às saídas da Casa de Alba, devendo estar sempre acompanhado.

4. Plano de Avaliação

A escolha dos instrumentos teve em conta as características do José e o que se pretendeu colocar em evidência, especialmente as áreas já anteriormente destacadas no seu processo da Casa de Alba e que se referem sobretudo às dificuldades que necessitam de ser suprimidas com maior urgência.

A Bateria Psicomotora (BPM) permitiu traçar o perfil psicomotor do José, ainda que não tenham sido realizadas todas as provas, bem como retirar informações pertinentes relativas às suas dificuldades psiconeurológicas. A aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) justificou-se dado a

possibilidade de avaliação do seu estado cognitivo e funcional, permitindo avaliar fatores que necessitam de um grande nível de estimulação, como são exemplos, a orientação temporal e espacial, a memória, a atenção, entre outras. A Escala de Louvain (LOFOPT), apesar de fazer parte da avaliação informal, é um instrumento que permite guiar o olhar clínico do psicomotricista para aspetos diretamente relacionados com os objetivos terapêuticos de ordem comportamental, sendo bastante importante no caso do José, sobretudo, para avaliação da área emocional e relacional. Por fim, o instrumento Draw a Person (DAP) permite completar a recolha de dados relativos à noção do corpo e às componentes verbais e não-verbais, ao focar-se sobretudo nas competências cognitivas, auditivas e linguísticas.

5. Resultados da Avaliação Inicial

5.1. Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (LOFTOP)

A avaliação informal efetuada através da observação do residente no decorrer das sessões foi facilitada pela utilização da Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (LOFTOP). Estas informações recolhidas são, portanto, de ordem qualitativa relativamente aos comportamentos e postura do José. Os dados foram recolhidos na primeira sessão individual, dia 8 de janeiro de 2019, contudo, foram tidas em conta informações relevantes de sessões anteriores, nomeadamente, as sessões de grupo.

É comum o José apresentar-se de forma um pouco descuidada, notando-se um contacto desadequado por excesso, nas relações interpessoais estabelecidas e, portanto, considerado sobre-relacionado nas relações emocionais. Por consequência, a comunicação verbal é avaliada como um pouco excessiva sendo que o José se torna, por vezes, intrusivo no seu discurso ao interromper as outras pessoas, responder por elas e ainda por ser incapaz de manter o silêncio mesmo quando solicitado. Pressupõe-se também uma dificuldade na regulação social observável pela falta de regras, mas também pelos comportamentos anteriormente descritos. Maioritariamente, este incumprimento das regras sociais sucede pela inconsciência ou esquecimento dos procedimentos e normas socialmente aceites, e não por comportamentos desafiantes ou agressivos.

Ao nível da atividade o José demonstra-se ligeiramente passivo, com movimentos reveladores de alguma apatia e inexpressividade. O seu gesto é na maior parte das vezes desadequado, os seus movimentos são desleixados e descontrolados acompanhados muitas vezes de tremores, nomeadamente ao nível dos membros superiores. O José revela uma excessiva falta de confiança, caracterizada pela hesitação constante e crença de incapacidade em realizar a tarefa ou que esta será efetuada com falhas da sua parte. A sua envolvimento nas diferentes situações do ambiente terapêutico é bastante reduzida, revelando uma enorme dificuldade em manter a concentração, quer por esquecimento das regras ou da atividade a realizar, quer por interromper a terapeuta e iniciar conversas paralelas com os restantes residentes. Por último, no que diz respeito à relaxação, o José aparenta uma hipotonia, uma vez que os seus movimentos demonstram fraqueza, os seus ombros

estão constantemente pendurados e as suas costas dobradas. Na marcha é possível ainda perceber o arrastar de pés.

5.2. Draw a Person (DAP)



Figura 2 - Desenho da Figura Humana do José

O DAP foi aplicado no dia 8 de janeiro de 2019. Foram transmitidas as devidas instruções para a realização dos desenhos e posteriormente, facultados um lápis, uma borracha e as folhas de registo.

Ao longo dos três desenhos foi possível observar uma desregulação da força aplicada, o que resultou num traço demasiado vincado e pouco preciso. As dificuldades ao nível da grafomotricidade foram bastante evidentes, bem como os tremores ocorridos nas extremidades, existindo por vezes a impossibilidade de manter a ponta do lápis em contacto com o papel na intenção de dar continuidade ao traço pretendido. A presença de ambos os fatores referidos anteriormente apresentam-se como um elemento desfavorável à qualidade do traço e consequentemente dos desenhos exibidos. É ainda de destacar que nenhum dos desenhos realizados pelo José apresenta qualquer tipo de vestuário presente. Quantitativamente, a classificação total resultou no percentil 1 com a designação de “Deficient”. Segundo o sistema de cotação, o desenho possui uma equivalência inferior correspondente à idade de 5 anos.

Relativamente ao desenho do Homem, o José referiu “acho que isto não está muito bonito, não vai ficar bem” (sic) e de seguida confessou “não devia ter bebido café” (sic). Necessitou de 3 minutos para a sua finalização e terá sido o desenho que revelou um grau superior de investimento. Comparativamente aos restantes, apresenta uma maior definição dos diferentes segmentos, membros e inclusivamente da verticalidade corporal. É também o único que exhibe a presença de cabelo e dedos. Os braços e os pés apresentam-se, respetivamente, com as proporções em comprimento e largura corretas, bem como, com boa relação entre as medidas verticais e horizontais. A cabeça não possui

as dimensões adequadas e os dedos, ainda que presentes, não revelam os detalhes necessários, não sendo possível identificar o número e formatos pretendidos. No que concerne às ligações corporais, observam-se dois braços unidos ao tronco, não sendo possível clarificar a presença das pernas. A boca é exibida com bidimensionalidade, o que lhe confere os fatores exigidos a nível de detalhe e proporção. Os olhos apesar de também terem sido desenhados a duas dimensões, não demonstram a proporção e detalhes considerados certos. Observa-se a presença de tronco, mas sem qualquer detalhe em evidência. Por fim, é importante salientar que não foram realizadas quaisquer referências relativas ao pescoço, ao nariz, às pernas, ao vestuário e aos ouvidos/orelhas.

No que concerne ao desenho da Mulher, destaca-se a presença de duas figuras pois apesar de as instruções terem sido repetidas, o José realizou mais do que uma figura referindo mais tarde “pensava que podia meter alguém para fazer companhia” e perguntou ainda “é suposto fazer a cara?”. Não são exibidos quaisquer atributos ou referências femininas e a presença de elementos como as pernas e os dedos também não são clarificados. O desenho foi terminado em 4 minutos. Para efeitos de análise foi considerada a figura do lado direito, uma vez ser a que se encontra mais completa no que diz respeito à presença de elementos. A boca, o nariz e a cabeça encontram-se representados apesar de não apresentarem qualquer detalhe. O mesmo sucede com os elementos braços e pés, e em ambos apenas é possível observar a presença de um único membro. Relativamente aos olhos, constata-se dois círculos preenchidos, conferindo-lhes assim bidimensionalidade. O tronco e pescoço encontram-se presentes, contudo, o primeiro não revela qualquer pormenor revelador da sua forma e o segundo foi desenhado a duas dimensões, porém sem continuidade. Por fim, a única ligação retratada é a união da cabeça com o pescoço. Não é efetuada qualquer referência aos seguintes elementos: vestuário, ouvidos/orelhas, dedos e pernas.

O desenho do Próprio revela um grande desinvestimento quer do ponto de vista qualitativo, quer do quantitativo, sendo que dos 14 itens a pontuar, apenas 5 foram realizados. O José voltou a fazer referência ao consumo de café anterior à avaliação ao referir “isto já não vai dar para desenhar bem, bebi café e não devia” (sic). Quer a nível das proporções dos segmentos, quer pela falta de verticalidade corporal da figura, o desenho de si próprio parece assemelhar-se a uma figura muito primária no seu desenvolvimento. Quando comparado com os desenhos do Homem e da Mulher, verifica-se que existem 4 elementos comuns a ambos, mas que não estão presentes nesta última figura, sendo estes, os braços, as ligações, a boca e o tronco, não se encontrando também presentes os elementos: vestuário, dedos, cabelo, pescoço e nariz. Por outro lado, foi o único desenho a ter presente o elemento referente aos ouvidos/ orelhas. Os olhos estão presentes, mas não se verifica bidimensionalidade. É possível ainda verificar a presença de óculos que confere um detalhe a este elemento. Tanto a cabeça como as pernas apresentam medidas de comprimento e largura que lhes conferem o fator proporção, os pés encontram-se igualmente presentes e desenhados a duas dimensões. O José apenas necessitou de 2 minutos para a realização da figura.

5.3. Mini-Mental State Examination

O teste foi realizado em aproximadamente 17 minutos e após a interpretação dos resultados foi possível traçar o perfil cognitivo do José.

A barra amarela representada na Figura 3 traduz a pontuação máxima que pode ser obtida em cada tarefa, sendo que o Mini-Mental se encontra dividido em diferentes tarefas nos respetivos domínios cognitivos: uma de Orientação, uma de Retenção, uma de Atenção e Cálculo, uma de Evocação, cinco de Linguagem e finalmente, uma de Habilidade Construtiva.

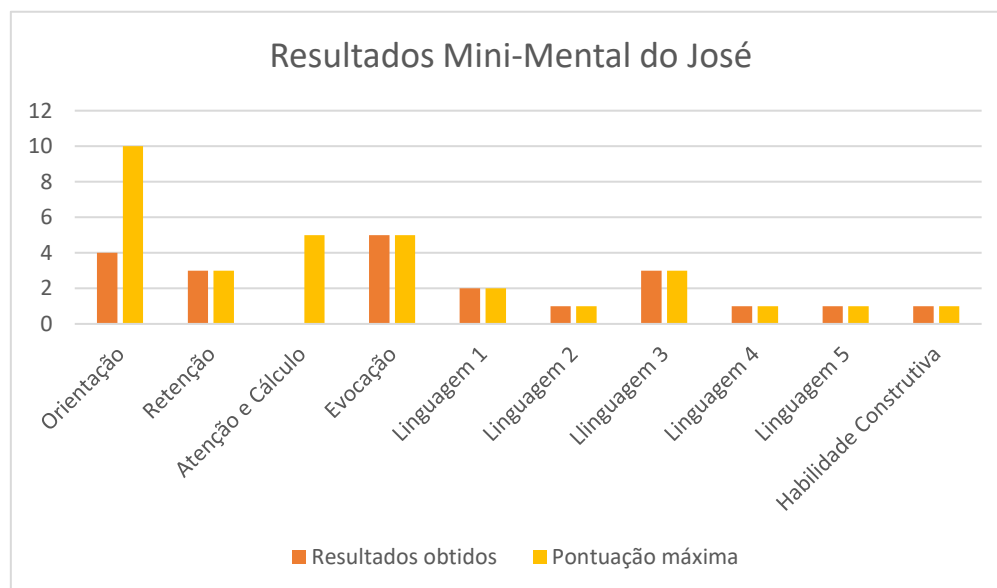


Figura 3 - Resultados obtidos no Mini-Mental Test do José

A barra laranja é representativa das pontuações obtidas pelo José em cada tarefa. De notar que as maiores dificuldades foram sentidas em exclusivo nos domínios Orientação e Atenção e Cálculo, registando-se pontuação máxima nas restantes tarefas.

O Mini-Mental pode ser cotado com uma pontuação máxima de 30 pontos. Considera-se com défice cognitivo uma pontuação inferior a 27 pontos quando o nível de escolaridade é igual ou inferior a 11 anos. Uma vez que o José possui 12 anos de escolaridade e a sua pontuação máxima foi de 19 pontos, é possível concluir que possui um grau considerável de dificuldades cognitivas.

5.4. Bateria Psicomotora (BPM)

Primeiramente importa destacar que dado as dificuldades específicas do residente, foram necessárias duas sessões para a aplicação da BPM. Algumas das tarefas não foram realizadas por terem sido efetuadas previamente em avaliações anteriores ou por exclusão devido ao grau de dificuldade. A primeira sessão ocorreu no dia 22 de janeiro.

Apesar da participação entusiasmada e empenho demonstrados pelo José na realização das provas, foi indispensável recorrer à demonstração e por vezes à repetição das instruções na maioria dos exercícios. Tal sucedeu quer por dificuldade de compreensão, quer por incapacidade de memorização

das instruções. O tempo despendido nestes procedimentos foi em larga escala superior ao da realização propriamente dita das provas.

Antes de dar início à aplicação das provas relativas aos fatores psicomotores, foi avaliado o controlo respiratório. Observou-se a correta realização das inspirações, contudo, o José demonstrou alguma incapacidade na concretização de expirações com alguma amplitude. Relativamente à apneia, conseguiu terminar os 30 segundos, mas com uma enorme hiper regulação dos movimentos faciais, nomeadamente, não pestanejar durante o período da prova.

A prova Hiperextensibilidade pertencente ao fator Tonicidade não foi avaliada por ter sido considerada demasiado complexa e dispensável. Na Passividade e Paratonia observou-se um maior grau de abandono e mobilidade na mão direita, ainda que não seja total. Estiveram presentes alguns sinais de resistência e efetuou movimentos com os dedos posteriormente a várias mobilizações. Na mão esquerda são notórias tensões e dificuldade na descontração dos membros. São também sentidas tensões e resistências ao nível do joelho, ombro e cotovelo. O residente não revelou capacidade de abandono dos membros superiores numa fase inicial, no entanto, esta aumentou de forma progressiva ao longo das mobilizações. Ao longo destas provas o José teve várias manifestações emocionais, tais como, “acho que nunca consigo estar mesmo descontraído” (sic); “não sou capaz de relaxar completamente” (sic); “a vida trouxe-me coisas que não me permitem relaxar” (sic). Mais uma vez, a amplitude foi superior no membro superior direito na tarefa das Diadococinésias, enquanto no pulso esquerdo se verificaram resistências proximais. Houve uma maior dificuldade na realização dos movimentos mais rápidos, o que se traduziu em movimentos poucos harmoniosos. Após ter sido solicitado que o José efetuasse a tarefa em modo alternado, mostrou-se reticente e afirmou “assim não sei se consigo” (sic). Referentemente à prova Sincinésias, o José utilizou a mão direita para concretizar a tarefa realizando tremores significativos, ao passo que com a mão esquerda se observaram movimentos “parasitas”, nomeadamente, bater com o polegar repetidamente na mesa e baixar a cabeça à medida que aplicava progressivamente mais força na bola.

Tal como seria expectável, o fator Equilibração é aquele em que o residente apresenta uma maior dificuldade. O José manteve-se de olhos fechados durante os 60 segundos, porém, com a presença de muitas oscilações, respirações profundas e algumas reações tónico emocionais ao nível da testa e dos olhos. Posteriormente aos 40 segundos, apresentou um maior descontrolo postural evidenciando várias reequilibrações. Por razões de segurança, foi necessário adaptar as provas pertencentes ao Equilíbrio Estático, sendo que foram executadas de olhos fechados. Foram notórias grandes dificuldades de controlo, reequilibrações e as mãos eram constantemente retiradas do quadril. O período máximo conseguido foi de 5 segundos. Relativamente ao Equilíbrio Dinâmico, apenas foi realizada a prova Marcha Controlada no sentido de manter a segurança do residente, uma vez que as restantes são demasiado exigentes tendo em conta as suas dificuldades específicas. Ainda assim, a única tarefa proposta foi terminada sem sucesso pois estiveram presentes grandes oscilações, reequilibrações exageradas e até desvios de trajetória. O José demonstrou um grande empenho e determinação ao querer terminar o percurso apesar das dificuldades sentidas, inclusivamente referiu “ainda vou cair” (sic).

No que concerne à Lateralização, não houve qualquer hesitação nas escolhas, o José tem o lado direito como dominante, ainda que por vezes escolha utilizar os talheres como esquerdino.

O José teve uma boa prestação nas provas referentes à Noção do Corpo, sem demonstrar qualquer confusão na execução das tarefas, excetuando-se a última, Imitação de Gestos. Recorreu-se à prova mais elementar (4/5 anos) e o José revelou uma enorme impulsividade ao querer iniciar antes do término da demonstração. Os gestos executados não representaram na maioria as figuras anteriormente solicitadas, e, inclusivamente, por vezes não foram concluídos na íntegra.

As provas pertencentes à Estruturação Espaço-Temporal foram marcadas pela presença de desequilíbrios constantes, dificuldades de memória que fizeram com que o José se perdesse na contagem dos passos a realizar e uma perceptível desorganização espacial. Após a realização do levantamento topográfico o José mostrou ter compreendido a globalidade da tarefa, contudo, confessou que sozinho não iria conseguir completá-la. Por esse motivo, decidi acompanhá-lo, significando que o residente não percorreu a trajetória autonomamente. Na Estruturação Rítmica apenas conseguiu reproduzir com sucesso a sequência de movimentos correspondente ao ensaio.

No que diz respeito à Praxia Global, as provas relativas à Coordenação Óculo-Manual e Óculo-Pedal foram efetuadas com a distância definida para a idade pré-primária. Foi possível observar a presença de desequilíbrios, algum descontrolo motor e por vezes grandes desvios de trajetória para o seu lado direito. Obteve maior sucesso na prova da Coordenação Óculo-Pedal ao acertar 3 lançamentos. A prova de Dissociação foi conseguida com a pontuação total quer a nível dos membros superiores, quer inferiores, relativamente à coordenação foram conseguidas as duas primeiras sequências. Apenas nesta última a sequência foi interrompida dado à lentidão dos movimentos.

Por fim, na Práxia Fina, apenas a Coordenação Dinâmica Visual foi concretizada. Ao longo da prova estiveram presentes várias respirações profundas, muitos tremores e derivado deste último, dificuldades ao nível da precisão dos movimentos. A pulseira foi terminada aos 6 minutos e 29 segundos.

6. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Antes da apresentação do projeto terapêutico, bem como dos objetivos terapêuticos, faz sentido que algumas informações relativas à história clínica sejam analisadas, uma vez que são dados importantes para a compreensão do perfil. Assim, foram identificados os seguintes elementos critério: o TCE, a infância marcada por vários episódios traumáticos e de dependência, o coma prolongado de alguns meses, a separação parental e a perda do sentido de identidade.

As lesões provocadas pelo TCE geram um impacto negativo nas diferentes esferas de vida de um indivíduo. O acidente rodoviário que o José sofreu há cerca de uma década deixou inúmeras lesões cerebrais, que levaram ao comprometimento das suas competências cognitivas, motoras, emocionais, sensoriais e psicossociais (Grandhi et al., 2017).

Quando ocorre um TCE, a produção de novos neurónios (neurogénese), especialmente quando sucede no período da adolescência, pode ficar comprometida e inclusivamente modificar o processo e

as interações neuronais. A lesão irá provocar perda celular e disfunção ao nível dos neurotransmissores, sendo ainda comum a ocorrência de convulsões após o traumatismo. A somar a estes acontecimentos, o tratamento efetuado prejudica de forma frequente as funções características do hipocampo devido à medicação sedativa ou antiepilética (Ngwenya & Danzer, 2019).

No caso do José, é possível destacar as dificuldades de concentração e raciocínio, a perda de equilíbrio e a perda de memória como sintomas constantes associados ao seu quadro clínico. O cansaço, os distúrbios do sono, a irritabilidade, as alterações da personalidade, os sintomas depressivos e desinteresse generalizado são sinais que podem ser observados com uma menor frequência, contudo, quando surgem, estão presentes de modo bastante persistente. Causam grandes constrangimentos na vida diária do José, alterando toda a sua rotina e modo de funcionamento, ao prejudicar inclusivamente as suas relações interpessoais e a própria terapia (Schachar, Park, & Dennis, 2015).

Após a ocorrência do TCE, o José permaneceu em coma durante alguns meses e posteriormente esteve mais 3 meses sem conseguir falar. A Escala de Coma de Glasgow é o sistema que avalia o coma e em que medida a consciência ficou afetada e tem em conta os seguintes comportamentos: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Cada parâmetro é avaliado separadamente e a cada um correspondem várias respostas que podem ser classificadas de acordo com a disfunção observada. A pontuação mínima é 3, quando não existe resposta em nenhum dos parâmetros, e o máximo de 15, não existindo qualquer problemática na avaliação efetuada (Teasdale & Jennett, 1974). A lesão cerebral é considerada leve quando a pontuação é compreendida entre os valores 13-15, a lesão moderada entre os valores 9-12, e por fim, a lesão grave que pode ser classificada entre os 3-8 valores (Barlow, 2013; Teasdale & Jennett, 1974). Ainda que não exista informação de que esta avaliação tenha sido efetuada, de acordo com as informações clínicas disponíveis é possível constatar de que se tratou de uma lesão cerebral grave.

A ataxia é uma das condições que fazem parte do seu diagnóstico. Esta condição neurológica é caracterizada pela falta de coordenação dos movimentos a nível muscular. Pode ser considerada descoordenação física e mental (Sadock et al., 2017). Corresponde a um dos sintomas frequentes da Hidrocefalia pós-traumática (HPT), o líquido cefalorraquidiano ou cerebrospinal sai dos ventrículos para o espaço subaracnoide. Outros sintomas comuns desta condição são a incontinência urinária, défice de atenção, dificuldades de memória, fraco progresso terapêutico e uma iniciação débil da recuperação (Capizzi et al., 2020).

Tal como referido anteriormente, existem variadas manifestações de ordem psiquiátrica que podem ser observadas em indivíduos com lesões cerebrais, e que surgem justamente como sua consequência. Podem estar em causa perturbações do humor e ansiedade, bem como, dificuldades cognitivas e comportamentais e inclusivamente presença de sinais psicóticos. Destacam-se as manifestações de agressividade que podem ser relativas ao próprio indivíduo, aos outros e até a objetos, as alterações constantes de humor, a perda de tolerância e a desinibição exagerada a nível comportamental e nas relações interpessoais (Schachar, Park, & Dennis, 2015; Turnbull & Solms, 2004). Geralmente o José é uma pessoa com boa disposição e sentido de humor, contudo, a

desinibição excessiva e comentários desadequados tendo em conta o contexto e situação ocorrem também com bastante frequência. Os comportamentos de agressividade e oposição também foram observados, contudo ocorreram com maior expressividade numa fase de alteração da medicação, o que também poderá ter contribuído para tal.

De acordo com a revisão sistemática da literatura efetuada pelos autores Stéfan e Mathé (2016), não só os comportamentos disruptivos por excesso estão presentes, como os comportamentos disruptivos por defeito como a apatia, as tentativas de suicídio e suicídio são também uma realidade. Ainda que não tenha existido nenhuma ação neste sentido, houve vários momentos em que o José partilhava o seu sofrimento e referia que o melhor seria terminar com a sua própria vida.

Segundo os autores Hollós e Ferenczi (1925, cit. in Arantes Gonçalves, 2017), ocorre uma regressão de ordem psicológica devido às lesões provocadas no tecido cerebral. Esta sucede com o objetivo de proteger a autoestima do indivíduo. Uma das modificações que possui maior impacto será a perda ou alteração do sentido de identidade, o que pode levar a que o próprio e os seus familiares considerem estar na presença de outra pessoa. Durante um grande período, o José não conseguia recordar-se do seu próprio nome e referiu que um dos seus medos ao entrar para a Casa de Alba seria não conseguir tomar conta de si mesmo e organizar-se no espaço à sua volta, uma vez que ia estar afastado da sua mãe, com quem mantém uma relação de mútua dependência. O autor Goldstein (1941, cit. in Arantes Gonçalves, 2017) atribui o termo *reação catastrófica* ao modo como os indivíduos reagem à perda das suas aptidões, nomeadamente, à presença de grandes níveis de ansiedade e frustração quando sentem necessidade de realizar tarefas que anteriormente seriam executadas sem dificuldade. Este tipo de défice poderá ser encarado como uma ameaça à sua entidade.

O termo *concretude* refere-se à dificuldade por parte do indivíduo na utilização do pensamento abstrato para posteriormente gerar e adaptar um determinado comportamento. Trata-se de um fenómeno clínico bastante associado às lesões cerebrais. O autor Kurt Goldstein foi o primeiro a descrever o termo e associou-o a uma “atitude concreta” e ainda à “abstração prejudicada”, refletindo a falta de flexibilidade em aceder ao pensamento simbólico e à dificuldade de reflexão perante as emoções sentidas no presente (Salas, Vaughan, Shanker & Turnbull, 2013). Ao longo das sessões de psicomotricidade estas características foram observadas em variados momentos, como foi exemplo no decorrer da atividade “representar o dia-a-dia”, em que o José referiu que não podia agarrar no chuveiro para tomar duche porque o objeto não estava presente. Observou-se também uma grande dificuldade na identificação das emoções, quer nos outros, quer em si, bem como na representação das mesmas. Quando foi pedido que o José expressasse uma emoção em particular ou que representasse a emoção que sentia perante determinada situação, as suas expressões faciais e postura corporal mantinham-se praticamente inalteradas. Foi notório ainda uma clara dificuldade em sentir ou identificar a tristeza, escolhendo na grande maioria das situações, em detrimento da mesma, a raiva.

A *concretude* não está associada a nenhum défice cognitivo, tratando-se sim de um fenómeno da personalidade total. A atitude concreta não requer a presença de raciocínio ou pensamento consciente e a sua presença é o fator primordial que permite, entre outros comportamentos conscientes, a

separação do ego relativamente ao mundo externo e interno; a reflexão dos próprios atos; compreender e reter vários aspetos ao mesmo tempo, ou conseguir dissecar uma ideia em várias partes; planear uma situação antecipadamente, entre outros (Goldstein e Scheerer, 1941).

Esta dificuldade vai influenciar diretamente a forma como o José se relaciona com o seu mundo interno, comprometendo a capacidade de verbalização de conflitos, refletir sobre si, sobre os seus comportamentos e sobre a relação com os outros, ou até mesmo de associar emoções a determinados eventos. Posto isto, o impacto da terapia e da própria relação terapêutica podem ficar condicionados (Salas et al., 2013). A atitude concreta altera a dimensão temporal e dimensão reflexiva do *Self*, na medida em que as alterações temporais efetuadas irão condicionar a capacidade do *Eu* em alternar entre o passado, presente e futuro. No que diz respeito às alterações reflexivas, estas condicionam a capacidade do *Eu* em desvincular-se do que é vivido no agora. Esta competência é imprescindível e pode estar na base da dificuldade por parte do José no que respeita à auto-observação e autorreflexão, bem como na observação e reflexão das posições e comportamentos do outro (Salas et al., 2013).

O TCE pode colocar em causa a capacidade de *insight*, reação emocional e *concretude*, mas também, a imposição de o indivíduo ter que deparar-se constantemente com as suas competências anteriores e dificuldades pertencentes ao presente. O autor recorre ao termo “luto duplo” em casos de traumatismo cerebral uma vez que se coloca a necessidade de abandonar as capacidades do passado, como também, daquelas que jamais será possível recuperar (Arantes Gonçalves, 2017). Kohut (1972, cit. in Arantes Gonçalves, 2017) menciona que o processo de elaboração do luto ocorre com uma facilidade muito menor pois variados processos mentais tornam-se a partir daí, inacessíveis, sendo que fazem parte de núcleos imprescindíveis do *self*. Presume-se que perder uma pessoa ou parte dela requer um menor esforço de mentalização, do que comparativamente perder a capacidade de falar ou de pensar (Arantes Gonçalves, 2017).

A vida familiar do José sofreu vários períodos conturbados desde uma fase bastante precoce do seu desenvolvimento. É de destacar os episódios de violência doméstica sofridos por parte da mãe, os conflitos interparentais, o problema de toxicodependência do pai, o divórcio e posterior afastamento por parte do pai uma vez que ambos não voltaram a ter contacto, e por fim, a morte do pai devido a overdose.

Segundo o autor Rodrigues (2010, cit. in Oliveira & Crepaldi, 2018) uma alteração brusca e repentina no seio familiar pode afetar de forma bastante significativa o desenvolvimento saudável da criança. Destacam-se as principais, como a evolução cognitiva e da linguagem, o crescimento corporal, a conceção do eu e a aquisição da autonomia. As autoras Oliveira e Crepaldi (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura acerca da relação entre pai e filho após o divórcio. Foram referidos vários fatores que podem revelar-se um entrave na relação entre pai e filho, destacaram-se na infância do José, o conflito entre os pais, a escassa proximidade entre o pai e o José antes do divórcio e o facto de ter vivenciado inúmeros conflitos e situações traumáticas entre os pais.

O conflito interparental é referido como o principal dificultador da relação pai-filho posteriormente ao divórcio. O conflito entre os pais e uma relação marcada pela ausência e baixo suporte por parte do pai, foram relacionados a um aumento da dificuldade de internalização e externalização da criança ou

jovem. A ausência por parte do progenitor pode ainda constituir um fator negativo relativamente às tomadas de decisão na vida dos adolescentes (Oliveira & Crepaldi, 2018).

Importante não esquecer as consequências de ordem emocional, como o desenvolvimento de uma baixa autoestima e o desencadear de quadros patológicos como a perturbação de ansiedade de separação (Silva & Gonçalves, 2016). A dinâmica parental pode explicar tanto a baixa autoestima e o apego excessivo à mãe, que se agravaram em grande escala após o TCE tendo em conta a total perda da sua autonomia.

Este nível de dependência física e emocional desenvolvida com a sua mãe após o acidente é uma questão muito presente na vida do José. Perdeu por completo a capacidade de realizar as rotinas e atividades de vida diária sem ajuda, necessitando do apoio total da mãe. Wongvatunyu e Porter (2005), realizaram um estudo com o objetivo de relatar a experiência de mães que ajudaram os seus filhos jovens adultos com TCE. Após o acidente, os filhos perderam a capacidade de serem independentes nas suas rotinas e atividades de vida diárias. Desta forma, as mães sentiam-se responsáveis por dar apoio e assegurar reaprendizagens tão básicas como: falar, andar e comer. Uma das mães que participou no estudo referiu que era como voltar a ter um bebé recém-nascido no corpo de um adulto, pois foi necessário voltar a ensinar tudo novamente. Mesmo após estas aprendizagens, manteve-se a necessidade de observar essas mesmas atividades de modo a certificarem-se que tudo corria bem.

7. Perfil Intra individual e Objetivos Terapêuticos

Imediatamente abaixo, na Tabela 3, é possível consultar o perfil intra individual do José que menciona as suas áreas fortes e áreas a desenvolver. A informação foi obtida após a realização da avaliação inicial.

Tabela 3 - Perfil Intra Individual do José

Áreas/ Comportamentos Fortes	Áreas/ Comportamentos a Desenvolver
Lateralização	Funções executivas (memória, atenção e planeamento de tarefas)
Motivação	Equilibração
Noção do corpo	Coordenação
Empatia	Estruturação espaço temporal
Consciencialização das suas dificuldades	Planeamento motor
Interesse nas relações interpessoais	Consciencialização corporal
Empenho	Controlo da impulsividade
Criatividade	Praxia fina
	Autoconfiança e autoestima
	Autonomia
	Sentido de identidade
	Regulação da tonicidade
	Regulação tónico emocional
	Organização espacial

Tendo em conta o perfil intra individual e as especificidades do José, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos a seguir ao longo da intervenção. A informação pode ser consultada na Tabela 4.

Tabela 4 - Objetivos Gerais e Específicos definidos para o José

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Psicomotor	Aumentar a consciencialização corporal	Melhorar a capacidade de perceção de estados de tensão/ relaxação
	Regularizar o tónus	Promover o acesso à passividade
		Adequar a hipotonicidade
		Adequar a postura corporal
		Diminuir os tremores
	Promover a coordenação	Melhorar a coordenação óculo-manual
		Melhorar a coordenação óculo-pedal
		Melhorar a coordenação global
	Promover a equilibração	Melhorar o equilíbrio estático
		Melhorar o equilíbrio dinâmico
		Melhorar a capacidade de imobilização
	Potenciar a praxia fina	Promover as competências grafomotoras
		Aumentar a fluidez do movimento
Domínio Cognitivo	Melhorar a praxia global	Melhorar a qualidade do gesto
		Melhorar o planeamento da ação
	Desenvolver a estruturação espaço temporal	Melhorar a estruturação rítmica
		Promover a capacidade de sequência e ordem no espaço
	Promover a mentalização	Promover a capacidade de encontrar novas abordagens para solução de problemas
		Melhorar a identificação dos diferentes estados corporais aos diferentes estados emocionais
		Estimular a memória de médio prazo
		Estimular a memória de longo prazo
	Estimular as funções executivas	Melhorar a atenção focalizada
		Potenciar as competências de planeamento de tarefas
Domínio Relacional/ Afetivo	Promover a autonomia	Estimular a tomada de decisão
	Aumentar a autoestima	Promover a criação de uma imagem mais positiva de si
		Estimular o sentimento de “ser capaz”
	Promover o sentido de identidade	Recordar as suas ambições e áreas de interesse
	Melhorar as relações interpessoais	Adequar a postura perante o outro (mais assertivo e menos intrusivo)
	Promover a regulação tónico-emocional	Estimular o desenvolvimento de estratégias para reduzir os sintomas de ansiedade

8. Projeto Pedagógico-Terapêutico

8.1. Nomeação das Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A prática psicomotora desenvolve-se a partir da relação terapêutica que utiliza como instrumento de trabalho “o corpo em movimento”, o espaço de relação, o espaço físico, o tempo, os ritmos e os objetos mediadores. É centrada fortemente na expressão psicoafetiva e relação tônico-emocional. A comunicação não-verbal assume um papel muito importante, uma vez que o corpo está em constante expressividade e movimento, fatores que estimulam fortemente a componente simbólica essencial na evolução do processo terapêutico (Martins, 2001b).

Relativamente ao trabalho no âmbito da intervenção psicomotora a desenvolver pelo psicomotricista em casos de TCE, a necessidade que impera é trabalhar a (re)descoberta da identidade. Este foi um dos focos principais da intervenção tido em conta nos variados contextos da vida diária do José, não apenas nas sessões de psicomotricidade como também nas rotinas da Comunidade Terapêutica. Foram igualmente promovidas vivências e descobertas sensoriais através, por exemplo, da relaxação e do toque terapêutico que tinham como objetivo o contacto com as suas emoções, a compreensão da sua autoimagem e a recuperação do esquema corporal (Sadigh, 2015). Em todos os momentos foi privilegiado o diálogo-tônico emocional com vista à redução de tensões e promoção de uma relação de sincronia envolvendo as sensações do próprio e do terapeuta. A adequação do equilíbrio, o aumento da agilidade corporal, a estimulação da estruturação espaciotemporal, da autoconfiança e revitalização física e psíquica também integraram os objetivos a atingir (Martins, 2015; Sadigh, 2015).

Segundo as autoras Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008), um dos principais objetivos na terapia de indivíduos com problemas neurológicos é a promoção da elaboração psíquica das consequências resultantes da lesão cerebral, de modo a ser possível exprimir a subjetividade das vivências emocionais, cognitivas, motoras e percetivas das dificuldades originadas pela lesão, aumentando assim as capacidades de pensar e agir.

Para além das dificuldades motoras, cognitivas e percetivas, um TCE pode condicionar a relação do indivíduo, quer com o seu mundo interno, quer com o seu mundo externo. Na teoria psicanalítica, a falta é um fator sempre presente na vida do ser humano, e simboliza a castração relativa ao psiquismo. Por outro lado, a perda está relacionada com a perda do objeto (situação de luto, presença de deficiência, entre outros exemplos). É necessário proceder à elaboração da perda originada pela doença, que maioritariamente é referida como difícil e prolongada nos pacientes com perturbações neurológicas (Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond, 2008).

No que respeita às consequências motoras decorrentes dos problemas neurológicos, a sensibilidade corporal ficou bastante condicionada, o que originou também uma lentificação dos movimentos. A imagem do corpo ficou afetada e desorganizada, assim como a aparência corporal, devido às consequências do acidente com a ocorrência de cicatrizes, alterações da estrutura facial, entre outros, o que coloca em causa a capacidade de perceção corporal. A imagem corporal fica, portanto, afetada, de difícil leitura e reconhecimento. Desta forma, o reinvestimento corporal foi também um dos pontos a ser fortemente considerado na terapia psicomotora (Sadigh, 2015; Winograd, Sollero-de-Campos &

Drummond, 2008). No que respeita às dificuldades de coordenação, equilíbrio e do esquema corporal, foi importante providenciar vivências psicomotoras e sensoriais de modo a possibilitar uma melhor compreensão e bem-estar com o seu próprio corpo (Sadigh, 2015).

Uma vez que a reabilitação física e funcional já tinha sido assegurada aquando da intervenção psicomotora, a autora Sadigh (2015) defende que nestes casos deve ser feita uma observação e acompanhamento durante as atividades do quotidiano. Este acompanhamento foi assegurado, tal como referido anteriormente, nas mais variadas tarefas do dia-a-dia do José.

Foi essencial ter sempre em conta na ação terapêutica, a componente relacional e os diversos fatores provenientes do inconsciente que estão diretamente ligados às vivências corporais do indivíduo, bem como à estruturação da componente psíquica. Uma vez que a ação psicomotora, nomeadamente, os movimentos, os comportamentos e as alterações tónicas, são componentes representativos da história do indivíduo. Neste sentido, as músicas favoritas do José foram incluídas em diversas atividades, o que lhe permitiu conectar com o seu Eu anterior ao acidente. O próprio relatou vários episódios e experiências da sua vida associados à música (Martins, 2001b).

É em função dessas histórias, das dificuldades e individualidades da pessoa, bem como das características do espaço e do terapeuta que:

“o enfoque da atividade poderá incidir na valorização da componente relacional e psicoafetiva, envolvendo fundamentalmente a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, possibilitando a expressividade pulsional do sujeito, e o reinvestimento na pessoa do adulto como agente securizador e garante do desejo de interrelação com o mundo das coisas e dos outros” (Martins, 2001b, p.32).

No caso do José, os problemas de comportamento prejudicam as suas relações interpessoais ao nível da comunicação devido à sua desinibição exagerada e não devido à falta de iniciativa, o que também é bastante comum nestes casos. Trabalhar o reconhecimento da sua impulsividade, da dificuldade de regulação emocional foi fundamental neste processo de adequação comportamental, pois é necessário que a pessoa tenha consciência do impacto que os seus comportamentos e atitudes têm na relação com o outro (Sadigh, 2015).

Não menos importante, a escolha dos materiais nas sessões de psicomotricidade também deve ser tida em consideração para que os mesmos possibilitem ir ao encontro do simbólico e da afetividade, permitindo a manifestação dos mais variados desejos. Como tal, foram utilizados materiais como almofadas, bolas, cadeiras, tapetes e instrumentos de som como mediadores das atividades (Martins, 2001b).

8.2. Estratégias Específicas

Tendo em conta as dificuldades e particularidades do José, por vezes, ao longo das sessões, foi necessário adotar algumas estratégias específicas e adaptadas ao seu caso, de modo a ser possível seguir uma intervenção adequada e alcançar os objetivos idealizados. Estas serão enumeradas em seguida:

- Devido às dificuldades de memória e de orientação no espaço, foi necessário dar um maior suporte a este nível, ao relembrar e reestruturar o pensamento;
- Utilizar uma linguagem clara e simples;
- Fornecer pouca informação por cada explicação dada;
- Valorizar as tomadas de decisão e capacidade de iniciativa;
- Respeitar o ritmo individual do José;
- Diminuir as estimulações externas como os ruídos, reduzir a iluminação;
- Utilizar a demonstração como auxílio da instrução verbal para explicação de atividades sempre necessário;
- Criar momentos de pausa quando observada alguma fadiga;
- Fornecer apoio físico em caso de desequilíbrio ou atividades que requeiram;
- Adequar as técnicas de relaxação (método de relaxação progressiva de Jacobson) tendo em conta as particularidades do caso do José.

8.3. Exemplos de Atividades

As atividades propostas no decorrer do projeto terapêutico tiveram em conta os gostos pessoais do José, bem como as suas competências e os objetivos terapêuticos traçados. Algumas dessas atividades foram também pensadas com margem de progressão, ou seja, com um maior grau de complexidade. Serão descritas de seguida alguns exemplos:

- *Desenhar o movimento*: Era colocada uma música escolhida pelo José, posteriormente, ao som desta, o residente devia escutá-la com atenção e deixar que o seu braço/mão fizesse deslizar o lápis na folha de papel, desenhando assim o movimento impulsionado pelo som. Na fase seguinte desta atividade, após ter efetuado a representação no papel e sempre ao som da música, o José deveria agora concretizar a representação do movimento, desta vez, com todo o seu corpo, permitindo a maior expressividade e espontaneidade possíveis do movimento.
- *Representar o dia-a-dia*: Atividade realizada numa fase inicial da sessão que consistia em imaginar uma rotina diária e todos os passos que dela fizessem parte. Tendo sempre em conta a sequência lógica temporal, começávamos por nomear a atividade de vida diária e de seguida esta era representada com o corpo, como por exemplo, a ação de lavar os dentes, tomar uma refeição, apanhar o autocarro, entre outros.
- *“Dar corpo às emoções”*: Várias emoções eram escritas separadamente em pequenos pedaços de papel dobrados. Estes eram baralhados e posteriormente retirado um papel à escolha pelo José que em seguida deveria realizar a expressão facial e posição de estátua com o corpo correspondentes à emoção escolhida. Após a estagiária adivinhar a emoção em

causa, seria a sua vez de dar corpo à selecionada para si. Por fim, havia espaço para um momento de diálogo para expressar o que era sentido a nível corporal com cada emoção.

9. Progressão Terapêutica

O José compareceu a um total de 17 sessões individuais. O acompanhamento em psicomotricidade individual foi iniciado no dia 8 de janeiro de 2019 e terminou no dia 30 de abril de 2019.

No que respeita à presença do José nas sessões de grupo, foi possível comprovar que faltou a seis sessões durante toda a intervenção, sendo que três foram consideradas faltas coletivas. Existiram também duas sessões de grupo em que o José foi o único participante, pelo que foram consideradas sessões individuais.

Importa novamente salientar que a intervenção psicomotora com os residentes na Casa de Alba não se cinge às sessões de psicomotricidade que decorrem uma vez por semana. A intervenção pode e foi alargada a todos os momentos que fazem parte da rotina da Comunidade Terapêutica. Em inúmeras situações o José necessitou de apoio para se dirigir ao seu próprio quarto, para confeccionar refeições, para fazer e pagar as suas próprias compras, para a realização da limpeza e higienização dos espaços comuns, ou até mesmo para organizar os seus pertences sempre que necessitava de se ausentar da Casa. Este acompanhamento foi constante, o que permitiu providenciar um apoio generalizado nas suas maiores dificuldades no que respeita a todas as áreas da sua vida.

A intervenção terapêutica foi delineada de acordo com os resultados obtidos na avaliação inicial, as informações recolhidas provenientes do processo do José, as indicações e objetivos já projetados por parte da equipa clínica para o seu programa terapêutico, e por fim, mas não menos importante, tendo em conta os interesses do próprio José. Referiu frequentemente que pretendia trabalhar para melhorar a sua condição e autonomia pois queria ter uma vida independente quando terminasse o programa na Casa de Alba. O José foi um residente bastante empenhado e dedicado nas sessões de psicomotricidade, reconhecia que a terapia lhe iria fazer bem e ajudá-lo a atingir os seus objetivos. Mesmo quando não existia indicação para tal, o José utilizava o membro (braço ou perna) mais afetado para poder “trabalhar” onde sentia maior dificuldade. Recorria diversas vezes a estratégias que lhe permitiam avançar mais na tarefa ou atividade, mesmo que implicasse um esforço adicional.

Ainda que não tenha sido possível realizar a avaliação final de modo formal com os diferentes instrumentos utilizados na avaliação inicial, a mesma foi efetuada pela Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (LOFTOP) e a pontuação da mesma encontra-se representada na Tabela 5. De seguida serão focados determinados momentos e aspetos importantes de relatar que caracterizaram a evolução terapêutica do José. Apesar de não existirem mudanças expressivas em alguns dos parâmetros, foi possível verificar uma melhoria na maioria dos fatores. As suas relações interpessoais continuam a ser pautadas por um contacto excessivo por parte do José, ainda se verificam dificuldades em perceber quando deve e não deve fazer a sua intervenção num diálogo, bem como ter o cuidado de manter um teor de conversa adequado tendo em conta a situação.

Tabela 5 – Avaliação Inicial vs. Final da Escala LOFTOP do José

Fatores	Pontuação avaliação inicial	Pontuação avaliação final	Relação entre avaliação inicial e final
Relações Emocionais	+2	+1	/
Autoconfiança	-3	-2	/
Atividade	-1	-1	=
Relaxação	-2	-1	/
Controlo do Movimento	-2	-1	/
Atenção Focalizada	-2	-1	/
Expressividade do Movimento	-1	-1	=
Comunicação Verbal	+2	+1	/
Regulação Emocional	-1	-1	=

Legenda: = manteve; / melhorou

Além das dificuldades mais evidentes e que persistiram em maior escala ao longo da intervenção, como o equilíbrio, a memória, a estruturação espaço temporal ou a coordenação, o José apresentava também grandes dificuldades no acesso à passividade. Nas primeiras sessões individuais referiu que necessitava de “estar sempre alerta, mas talvez não seja sempre preciso” (sic). Era também muito comum esquecer-se das instruções das atividades e ficar perdido logo no começo das mesmas. Foi, portanto, fundamental simplificá-las um pouco, tanto no próprio conteúdo, como na sua explicação. Essa alteração foi efetuada, por exemplo, nos exercícios de respiração efetuados na parte inicial da sessão, em que para além da respiração controlada eram também contabilizadas as inspirações, contudo, a meio do período o José já não se recordava do que estávamos a fazer. Desta forma, passámos a focar-nos exclusivamente na respiração e nas sensações corporais, as contagens das inspirações ficaram a partir daí sem efeito. Outra medida importante foi a avaliação constante do momento, no sentido de perceber se era necessário cancelar, regredir ou progredir em determinada atividade tendo em conta os atrasos para a entrada da sessão, a resposta cognitiva e motora, bem como a disponibilidade emocional do José no decorrente dia, devido aos possíveis efeitos da medicação ou pela desregulação despoletada por algum episódio significativo na Comunidade. No que concerne aos atrasos constantes do José, ficou decidido entre a Equipa que o José iria podia ser recordado da sessão cinco minutos antes da mesma, e posteriormente ao horário estipulado, novamente lembrado pela técnica de serviço entre 10 a 15 minutos depois, caso o José não comparecesse entretanto.

Após as alterações destacadas anteriormente, começaram-se a notar algumas melhorias expressivas. O José revela um maior acesso à passividade, um maior nível de concentração na respiração e observação do próprio corpo. Inclusivamente começou a fechar os olhos durante longos períodos e a

referir que sentia sono. Confessou que a relaxação é a sua atividade favorita e que apesar de gostar de se sentir relaxado, “nem sempre é fácil” (sic). Na sessão anterior tinha verbalizado que a relaxação lhe recordava o período em que esteve em coma. As dificuldades na expressividade corporal, na identificação e representação das emoções foram também evidentes. Quando era sugerido que realizasse um movimento por sua iniciativa, o José não conseguia executar por não saber o que fazer e aguardava um exemplo para poder reproduzir. No que diz respeito à capacidade de identificação das emoções, observou-se que o José identificava a raiva com uma maior facilidade, confundindo a tristeza com a mesma e o medo foi uma das que não conseguiu identificar.

No início do mês de março, o José começou a evidenciar uns comportamentos de maior agressividade e irritabilidade. Iniciava conflitos com os seus colegas, mantinha uma postura mais reativa inclusivamente em resposta aos terapeutas e restante equipa clínica, acrescentando ideação suicida e distúrbios do sono. O José desregulava-se com muita facilidade e referia por diversas vezes que o melhor seria acabar com a sua vida. Para além das insónias, era frequente o José deambular pelos corredores ao longo da noite. De destacar ainda o possível envolvimento com uma residente da Comunidade que poderá ter contribuído para a alteração de postura perante o seu programa terapêutico e consequentemente nas terapias que frequentava. Perante estas alterações do quadro clínico, a equipa clínica decidiu efetuar uma alteração da medicação do José, ao aumentar a dose do antipsicótico (Zyprexa ®) de 5mg para 10mg, assim como o período do dia em que era realizada a toma.

As alterações na medicação fizeram-se notar pouco depois, o José passou a estar visivelmente menos agitado, menos agressivo e sonolento na maior parte do dia. O antipsicótico é administrado em casos de esquizofrenia e outras perturbações mentais onde os sintomas positivos e negativos se manifestem de forma significativa. Entre outros efeitos secundários associados à medicação, destacam-se a sonolência, as tonturas e a fadiga que fizeram parte do quadro de sintomas (Davies, et al., 2019).

Consequentemente, estas modificações fizeram-se sentir consideravelmente no processo terapêutico do José. Foram notórias maiores dificuldades ao nível do equilíbrio e por sua vez, alterações na marcha. No decorrer de outra terapia, o José sofreu uma queda de cavalo, pelo que o fator equilíbrio passou a ter uma atenção redobrada nas sessões de psicomotricidade. Numa das sessões, o José referiu ter muitos sentimentos dentro de si que não sabia expulsar. Referiu “angústia, medo e zanga” (sic), por estar na Casa de Alba, sendo que o medo se devia ao momento em que iria sair, ainda que sentisse vontade de ir embora. Por outro lado, foi possível observar um maior foco e empenho nas atividades, como foi exemplo na atividade “representar o dia-a-dia” em que o José nomeou e guiou espontaneamente as tarefas seguintes, realizando os movimentos correspondentes. A expressão das emoções tornou-se mais evidente, ainda que se mantenha a dificuldade na identificação e expressividade da maioria. O José também demonstrou uma maior disponibilidade corporal para a realização das atividades e movimentos que anteriormente era incapaz de realizar sem visualizar previamente. Ocorreu uma maior facilidade de acesso ao simbólico e o seu grau de iniciativa e autonomia também aumentou. Para além de conseguir propor movimentos, também demonstrou a

aquisição de estratégias para o auxiliar na marcha tendo em conta as evidentes dificuldades no equilíbrio dinâmico, as oscilações e reequilibrações.

Após um mês do aumento da dosagem da medicação, a equipa clínica decidiu que seria benéfico voltar à dosagem anterior. A fala deixou de estar tão “arrastada”, e as melhorias na marcha e equilíbrio também foram visíveis. Apesar de as dificuldades de memória se manterem transversais em toda a intervenção, nem sempre se verificaram com a mesma expressão, pois o José questionava com regularidade onde iria decorrer a sessão e mesmo quando não obtinha uma resposta clara, dirigia-se ao local correto, existindo uma aparente necessidade de manter a dependência do outro. A nível da estruturação espaço temporal também se observaram avanços. Numa das atividades, o José desenhou com alguma facilidade as diferentes referências da sala no papel, ao colocar os principais pontos nos locais que correspondiam à organização espacial correta da sala. Alertou que era necessário passar ao lado dos colchões visto que a linha estava desenhada ao lado dos mesmos, conseguiu realizar o trajeto sugerido no papel, ainda que tenha tido dificuldade em posteriormente nomear alguns dos pontos representados.

Numa das últimas sessões, o José compareceu na sala de psicomotricidade à hora estipulada, mesmo sem ter sido avisado pela técnica de serviço. Foram observadas melhorias na coordenação e equilibração devidas não só à progressão terapêutica, como provavelmente, também à redução da dosagem da medicação.

Assim, é realizado um balanço positivo da evolução terapêutica do José. Apesar dos vários fatores já mencionados que intervieram quer na terapia, quer em toda a rotina de vida diária do José na Comunidade, é possível identificar melhorias nas diversas áreas: motora, cognitiva, relacional e sócio emocional. É importante deixar em nota que a psicomotricidade não foi a única terapia frequentada pelo José. Aliás, viver numa Comunidade Terapêutica pressupõe, precisamente, viver num ambiente terapêutico. Desta forma, os progressos conseguidos ao nível do quadro clínico do José foram fruto de toda a envolvimento onde se encontrou inserido e do trabalho conseguido pela equipa clínica que agiu em todas as circunstâncias num contexto multidisciplinar. O José deverá manter as sessões individuais e de grupo em psicomotricidade para que seja possível continuar a evoluir, e tão ou mais importante que evoluir, conseguir manter os avanços já alcançados.

Caso II – André (nome fictício)

Intervenção Psicomotora na Esquizofrenia com recurso a mediadores artístico-expressivos: um estudo de caso

Resumo

O presente estudo relata uma Intervenção Psicomotora realizada com recurso a mediadores artístico-expressivos com um jovem adulto com Esquizofrenia, cuja língua materna não é o português. O acompanhamento deste caso sucedeu no âmbito do trabalho desenvolvido em contexto de estágio do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora na Casa de Alba – Comunidade Terapêutica em Saúde Mental. Para a contextualização e compreensão deste caso primeiramente realiza-se uma revisão da literatura seguida da apresentação geral do caso. De seguida é apresentada a descrição de toda a prática psicomotora realizada onde serão relatadas e pormenorizadas as sessões conseguidas com o jovem André. As devidas reflexões e conclusões serão expostas após cada momento de intervenção de modo a dar conta do acompanhamento terapêutico do caso exposto. Concluiu-se que para obter efeitos positivos decorrentes da prática psicomotora, seria necessário um maior período de intervenção e verificar-se também uma maior estabilidade do quadro clínico do André.

Palavras-chave: perturbação psicótica, psicomotricidade, corpo, expressão motora, comunidade terapêutica

Abstract

This study reports a Psychomotor Intervention with a young adult with Schizophrenia, whose native language is not Portuguese, in which it was used artistic-expressive mediators. This Psychomotor intervention was developed in the context of an internship of the Master in Psychomotricity at the University of Évora and happened at Casa de Alba – Therapeutic Community in Mental Health. For a better understanding of this case, it will be done a literature review and a general presentation of the case. This will be followed by a description of the entire psychomotor practice where the sessions with young André will be reported with detailed. The due reflections and conclusions will be exposed after each moment of intervention to account for the therapeutic intervention of the exposed case. It was concluded that to obtain positive effects resulting from the psychomotor practice, a longer intervention period would be necessary, in addition to a more stable clinical condition.

Keywords: psychotic disorder, psychomotricity, body, motor expression, Therapeutic Community

Introdução

Este artigo tem como principal objetivo apresentar a Intervenção Psicomotora realizada com recurso a mediadores artístico-expressivos num estudo de caso de uma pessoa com esquizofrenia, que foi acompanhada no contexto de um estágio curricular realizado na Casa de Alba – Comunidade Terapêutica em Saúde Mental, promovido pelo Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora.

A esquizofrenia trata-se de uma perturbação psiquiátrica grave que limita a conexão do indivíduo com a realidade, provoca sintomas como delírios e alucinações, é incapacitante a nível cognitivo e emocional e afetando a globalidade do funcionamento do indivíduo (Monteiro, 2014). O desenvolvimento da relação terapêutica é extremamente importante especialmente nesta perturbação, ainda que a manutenção da distância e privacidade sejam igualmente essenciais. A aliança terapêutica é preditiva dos resultados seguintes, sendo que o seu sucesso está relacionado a uma maior adesão ao tratamento farmacológico, à continuidade da terapia e a melhores resultados nas avaliações realizadas (Sadock et al., 2017).

A intervenção psicomotora realizada assentou sobretudo na utilização de mediadores artístico-expressivos uma vez que permitem a promoção da criatividade, o aumento das capacidades de autoanálise e resolução de problemas (Shore & Rush, 2019). As atividades realizadas com recurso à arteterapia providenciam suporte e contenção da agressividade na psicose visto que contribuem na diminuição dos sintomas de ansiedade (Lith, 2016).

Contextualização Teórica

De modo a ser possível realizar a melhor Intervenção Psicomotora possível foi indispensável efetuar a revisão da literatura sobre as temáticas envolvidas.

A Esquizofrenia

A Esquizofrenia trata-se de uma perturbação psiquiátrica crónica que origina repercussões no próprio indivíduo, na sua família e em toda a comunidade, atingindo cerca de 1% da população mundial. Caracteriza-se como uma dissociação da personalidade que causa uma perturbação significativa na conexão vital do indivíduo à realidade. É considerada a quinta maior causa de incapacidade e perda de qualidade de vida na faixa etária entre os 15 e os 44 anos (Borelli & Solari, 2019; Harris & Panozzo, 2018; Monteiro, 2014; Vancampfort et al., 2012).

A Esquizofrenia integra a categoria das “Perturbações do Espetro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas” no DSM-V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition* (APA, 2013), onde se destacam 6 critérios de diagnóstico distintos. Para que se confirme o diagnóstico, é condição necessária que se verifiquem 2 ou mais dos seguintes sintomas mencionados ao longo de um mês: sintomas positivos como delírios e alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou catatónico e sintomas negativos, nomeadamente, a presença de isolamento social, avolição e dificuldades na expressão de sentimentos e emoções. Para ocorrer este diagnóstico, a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado tem de confirmar-se

necessariamente. Os sinais e sintomas desta perturbação têm de ser contínuos ao longo de 6 meses, incluindo 1 mês de sintomatologia persistente (APA, 2013; National Institute of Mental Health, 2017).

É comum que a partir da infância, na fase pré-mórbida, surjam um conjunto de sinais e sintomas como retraimento social, dificuldade nas habilidades motoras e défice cognitivo. Mais tarde, no início da adolescência pode ocorrer sintomatologia positiva de forma atenuada que assinala a fase prodrómica. O início da manifestação psicótica propriamente dita é comum em jovens adultos com mais de 20 anos, e ainda que a sua distribuição seja semelhante entre ambos os géneros, os primeiros sintomas ocorrem numa fase mais precoce nos indivíduos do sexo masculino, sendo esta denominada de fase psicótica. Por fim, a fase de estabilização é marcada pela presença de sintomas maioritariamente negativos e pela perda de funcionalidade global. A gravidade das manifestações sintomáticas é variável, assim como a sua expressividade ao longo do tempo (Descalço & Afonso, 2017; Marder & Cannon, 2019; Monteiro, 2014; Sadock et al., 2017).

Além do tratamento farmacológico que inclui a medicação antipsicótica, as terapias psicossociais constituem outro tipo de tratamento e detêm um papel imprescindível na reabilitação do indivíduo com Esquizofrenia. Promovem o desenvolvimento de competências comunicacionais, práticas, sociais e de autossuficiência que permitem a obtenção de uma vida independente. Na ação psicossocial devem constar: 1) terapia familiar, que ajuda a família a lidar com a patologia; 2) grupo de suporte, para auxiliar o indivíduo a aprender a viver com a perturbação; 3) terapia cognitivo-comportamental, que atua nos padrões de pensamento e comportamento; 4) programa de reabilitação, promove o desenvolvimento de competências necessárias à reintegração social e profissional; 5) grupo de autoajuda, fornece suporte ao indivíduo e à sua família; 6) aconselhamento entre pares, promove o apoio e partilha de experiências por parte de indivíduos com Esquizofrenia mais avançadas no processo de reabilitação (NIMH, 2017).

O Corpo Vivido da Pessoa com Esquizofrenia

Na psicose, um dos principais fenómenos ocorridos a nível da vivência corporal subjetiva é a desfragmentação, que pode ser traduzida como uma desorganização praxica. As diversas partes do corpo são vividas de modo independente, como se não existisse qualquer ligação com as restantes. As quebras na ação motora e a escassa harmonia tónica fortalecem a aparência peculiar, comum das pessoas com esquizofrenia (André, Benavidès & Canchy-Giromini, 2004).

Para além da despersonalização, várias outras modificações podem ser sentidas, sofridas e/ou expressas pelo/no corpo, nomeadamente a catatonia, sintomas hipocondríacos e delírios relacionados com o processo de somatização. O delírio pode ser considerado como uma perda de ligação à realidade e surge como meio para recuperar a unificação do corpo. Este encontra-se subjetivamente em risco devido à sensação de falha na sua autoconsciência, correndo inclusivamente o risco de perda da identidade material do corpo (desintegração), visto este ser percecionado em partes separadas e não como um todo. Trata-se assim de uma tentativa de retorno à realidade através da despersonalização, onde ocorre a perda do sentimento de si e, portanto, da própria consciência. A despersonalização destaca-se na sintomatologia relacionada com a consciência corporal, tendo impacto na relação entre o sujeito e o outro (André, et. al, 2004).

Graham-Schmidt e colegas (2016) realizaram um estudo que investigou duas representações corporais, a imagem corporal e a descrição estrutural do corpo em 53 pessoas com Esquizofrenia e em 48 sem a perturbação, pertencentes ao grupo controlo. Os autores observaram modificações significativas em ambas as variáveis nos indivíduos com Esquizofrenia, assim como maior perda de consciência dos limites corporais, diminuição da consciência do Eu e aumento das percepções nas experiências de ampliação e diminuição de partes do corpo. Os resultados vão ao encontro de estudos anteriores que expõem a hipótese de que a Esquizofrenia provoca perturbações no Eu, afetando a consciência da representação do corpo e a imagem corporal.

A Expressão Motora na Esquizofrenia

A expressão motora nesta perturbação é caracterizada pela presença de inúmeros maneirismos e movimentos teatralizados que conferem ao comportamento e relação com o outro um modo de agir pouco natural. A gestualidade corporal revela-se pouco harmoniosa, demasiado ampliada e desadaptada, com oscilações e torções exageradas. Este modo comportamental que muitas vezes se verifica ambivalente perante os sentimentos transmitidos, assim como as perturbações características do movimento, são inerentes à Esquizofrenia, e provocam uma falha na conectividade entre as diferentes partes do corpo (André, et. al, 2004).

O comportamento ambivalente é frequentemente observado em alterações repentinas de sentimentos contrários, como é o exemplo do acesso de raiva à explosão de alegria. É comum a ocorrência de movimentos precoces, artificiais e desadequados à ação, automutilações, expressividade discordante e pouco afetiva ou risos imotivados. A falha na adaptação comportamental do corpo ao meio envolvente auxilia na formação de uma estrutura corporal bastante peculiar. E assim, o conjunto de comportamentos pouco habituais presentes no indivíduo com esquizofrenia, faz com que a componente social seja altamente prejudicada (André, et. al, 2004).

De acordo com os autores Docx e colegas (2012), Morrens, Hulstijn e Sabbe (2007), podem ser observados 4 diferentes tipos de sintomas psicomotores na Esquizofrenia: a catatonia, os sintomas extrapiramidais (o parkinsonismo, a discinésia e a distonia), a lentificação psicomotora e os sinais neurológicos leves (dificuldades na coordenação e sequencialização motoras, lateralização cerebral e integração sensorial).

A Importância da Relação Terapêutica

A postura do terapeuta, o ambiente terapêutico proporcionado e o encorajamento realizado para que a pessoa expresse as suas emoções, são fatores de extrema relevância no estabelecimento de uma boa relação terapêutica (Van Yperen et al., 2010, cit. in Heynen, Roest, Willemars, & Van Hooren, 2017).

No que concerne à aliança terapêutica, o psicomotricista deve ter em conta que esta se alicerça em três pilares essenciais: na ligação estabelecida entre o indivíduo e o terapeuta, no estabelecimento dos objetivos em conjunto e na cooperação nas tarefas. Particularmente na terapia mediada pela arte, a cooperação nas tarefas adquire uma importância acrescida relativamente às restantes mencionadas (Freilich & Shechtman, 2010, cit. in Heynen et al., 2017).

A transferência e contratransferência resumem-se à relação que se desenvolve entre o utente e o terapeuta ao longo do processo terapêutico estando em evolução constante. Freud (1978 cit. *in* Wanderley, 2008) explica que o processo de transferência e contratransferência é dinâmico e que em ambas irão resultar em diferentes conflitos não resolvidos, personagens e vínculos que provêm desde o nível inconsciente até à consciência (Wanderley, 2008). A subjetividade encontra-se sempre presente, estando também implícita a história pessoal de cada interveniente. Assim, estes fatores vão condicionar a forma como a informação transmitida pelo outro é recebida e percecionada, tornando-a numa versão ímpar e individual (Camps & Tomás, 2003, cit. *in* Camps Llauredó, 2008).

Na mesma linha de pensamento, Aucouturier nomeia este processo referindo-se a “ressonâncias tónico-emocionais recíprocas”, elevando-as como o pilar da interação pessoal. Refere ainda que o “respeito, acolhimento, escuta e compreensão serão palavras vazias se não forem vividas, experimentadas e interiorizadas; palavras que transcendem o conceito de atitude de acolhimento empático” (Aucouturier, 2007, p.237).

Rota (1999, cit. *in* Camps Llauredó, 2008) esclarece que a capacidade empática favorece o desenvolvimento do vínculo. A relação terapêutica empática permite a projeção de imagens, momento onde o indivíduo revive situações passadas através da história que se encontra marcada no seu corpo. Há, assim, uma reatualização que provem do simbólico relativamente ao histórico relacional de cada pessoa.

Caracterização do Participante

O tópico apresentado em seguida foi redigido com o auxílio da documentação pertencente ao processo do André na Casa de Alba. Importa mencionar que foi consentido à estagiária o acesso e consulta da informação seguinte. O participante foi clarificado dos objetivos, benefícios e eventuais riscos decorrentes da intervenção psicomotora, assim como da inteira liberdade para decidir da sua aceitação ou recusa para participar nas sessões de psicomotricidade, sem que isso pudesse ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada.

História Clínica e Pessoal

O André é um jovem adulto do sexo masculino, na casa dos 20 anos, de nacionalidade estrangeira e cuja língua materna não é o português. Tem o equivalente ao 12.º ano de escolaridade, realizado no seu país de origem, e atualmente possui o diagnóstico de Esquizofrenia. Antes de integrar o programa terapêutico residencial na Casa de Alba, vivia com os pais e a irmã no estrangeiro, tendo sido este o seu primeiro contacto com Portugal. O encaminhamento foi realizado pelo seu pai por considerar que o filho não usufruía do acompanhamento necessário no país de residência, referindo que o André terá sido diagnosticado com uma perturbação psicótica há 5 anos. Os tratamentos e medicação implementados não estavam a surtir os efeitos desejados, o que levou os pais do André a procurar novas respostas terapêuticas que permitissem o desenvolvimento de um projeto de vida para o filho. Foi proposto por parte da instituição um projeto terapêutico residencial com a duração de 18 meses, e, portanto, esperava-se que permanecesse na Comunidade até ao final de 2019.

O André não estudava nem trabalhava. A mãe referiu que vivia bastante isolado e necessitava de se relacionar com pessoas da sua faixa etária. Segundo a mesma, o André é muito apegado a si estabelecendo uma relação quase fusional. Paralelamente, a relação com o pai é descrita como difícil. A mãe considera o processo de afastamento parental essencial para o crescimento do filho.

É mencionado um histórico de resistência à toma da medicação, o que desde sempre condicionou a administração desta. Consequentemente quando conseguida, era efetuada de forma irregular e inconstante. A mãe refere que por vezes escondia-a nas refeições e apenas era fornecida quando lhe parecia necessário. Era habitual sentir-se muitas vezes deprimido e refugiava-se no consumo de álcool. É ex-fumador e apesar de negar o uso de drogas, a mãe já teria anteriormente encontrado marijuana nos seus pertences. Aquando da sua entrada na Casa de Alba é ainda observada uma ferida sugestiva de automutilação. Ao longo da entrevista de admissão, o André ri diversas vezes sem motivo aparente e menciona a ideia de poder estar a ser perseguido, ainda que não a desenvolva. A mãe diz que o André ouve vozes frequentemente.

Relativamente ao seu funcionamento pré-mórbido, foi relatado como um adolescente com facilidade em fazer amigos, porém eram poucos, dado que permanecia a grande maior parte do tempo em casa. Não são referidas dificuldades de aprendizagem. A mãe conta que nunca gostou de viver no país de residência e culpabiliza-se por ter influenciado os filhos relativamente a esse descontentamento. As férias eram sempre passadas no país de origem e conta que nunca se integraram totalmente no país de residência.

Existiram 4 internamentos: o primeiro ocorreu no final da adolescência devido a alterações do comportamento. Neste a mãe descreve que o André se encontrava a gritar e a queixar-se de vozes na sua cabeça enquanto exibia comportamentos estranhos e batia com os pés repetidamente no chão. O período crítico de isolamento surgiu 3 meses antes do internamento devido à perda do seu cão, situação que deixou o André muito triste. Os 3 internamentos seguintes deveram-se a comportamentos de agressividade dirigidos ao pai. São ainda descritos sintomas catatónicos, e num dos episódios o André saiu de casa e permaneceu num banco de jardim todo o dia. Os pais contactaram as autoridades e foi posteriormente internado.

Na primeira consulta psiquiátrica realizada na Casa de Alba, o André confessa satisfação por dar entrada na instituição e um dos seus objetivos é fazer amigos. Revela também a presença de alucinações com frequência que o deixam angustiado. É mencionado o aspeto descuidado do André, a observação de um discurso pouco fluente, risos inapropriados e embotamento afetivo.

Após 3 meses como residente na Casa de Alba, o André foi novamente internado compulsivamente no departamento de psiquiatria de uma unidade hospitalar. O internamento teve a duração de praticamente 2 meses e foi motivado pela maior regularidade de comportamentos bizarros, isolamento social, recusa terapêutica e também alimentar. Foi admitida a hipótese diagnóstica de Esquizofrenia, com um quadro de descompensação psicótica. Na nota de alta redigida pelo hospital, no que concerne às alucinações perçecionadas, são citadas “vozes ameaçadoras, que dão ordens”, bem como “vozes ajudantes/boas” que relatam o seu dia-a-dia. É descrita também a presença de “ideação delirante autorreferencial, persecutória e de grandeza”, dado que o André se sente perseguido, diz receber

ordens da televisão, considera ser Deus e ter superpoderes. O André conservou a presença de sintomatologia psicótica, com atividade alucinatória auditivo-verbal ainda que numa frequência menor, mesmo após o período de internamento.

Em contexto de reunião de equipa, foi discutida a observação de alguns traços de personalidade que poderiam estar na origem de determinados comportamentos manipulatórios ou na baixa resistência à frustração percecionada. Apesar de o André aparentar estar ausente e ter comportamentos desorganizados, quando questionado, respondia muitas vezes de forma adequada, notando-se ser observador do seu envolvimento. Perante esta situação, a equipa questionou-se se quando não respondia, tal não sucederia exclusivamente por desinteresse na relação. O André apresenta muitos interesses próprios, como aprender português, andar de skate, questões relacionadas com personalidades como Hitler ou Nietzsche, contudo, havia um grande desinvestimento nas relações à sua volta, bem como uma enorme falta de empatia para com o outro, observando-se situações de contacto desadequado.

Após reunião de equipa, concluiu-se que o André beneficiaria bastante da intervenção psicomotora em contexto individual, tendo sido realizada a avaliação psicomotora e posteriormente delineados os objetivos terapêuticos. No total participou em 6 sessões de Psicomotricidade, tendo recusado a participação em várias, tanto de Psicomotricidade, como de outras terapias. Efetuou um posterior *dropout* dois meses após o início da intervenção.

Observação Psicomotora

Foi utilizada a *The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy* (LOFOPT) que permitiu realizar uma observação psicomotora guiada com destaque em objetivos terapêuticos relevantes e a ter em conta na avaliação do indivíduo adulto em saúde mental. Os dados foram recolhidos na sessão de grupo de Psicomotricidade com o intuito de observar o André em interação com os outros residentes. Contudo, de modo a obter uma avaliação completa e holística, as informações obtidas de sessões anteriores foram também consideradas.

O André apresenta-se com um aspeto desinvestido e o seu contacto é distónico e evitante no que respeita às relações interpessoais. Demonstra uma fraca conexão emocional e diminuída capacidade empática, tornando-se na maior parte do tempo inacessível ao outro. Por sua vez, a comunicação verbal também se observa como escassa, na medida em que apenas responde quando solicitado, sendo que nem sempre é conseguida uma resposta da sua parte. Observam-se ainda períodos de latência extensos. O seu discurso é lentificado, pouco audível e por vezes incoerente ou desadequado às questões. Raramente realiza contacto visual com a pessoa com quem comunica, mantendo a cabeça baixa e fixando o olhar no solo. É importante referir que a comunicação verbal é condicionada negativamente devido à barreira linguística uma vez que o português não é a sua língua materna. O André apresenta uma capacidade débil de regulação emocional na medida em que não se demonstra consciente dos procedimentos e regras sociais. Contudo, não entra em oposição, acedendo ao que é pedido.

No que respeita ao nível de atividade o André revela ser muito passivo, detentor de movimentos sem dinâmica e reduzidos na sua quantidade. Os movimentos são lentificados e a sua expressividade corporal apática e monótona. Estes são excessivamente controlados e exatos, demorando algum tempo na sua execução. As suas expressões faciais são praticamente inexistentes à exceção dos sorrisos imotivados e por vezes impróprios, sugestivos de atividade delirante. Com base nos movimentos da expressão corporal, o André revela uma ligeira falta de confiança derivada à rara iniciativa e postura pouco dominante. Contudo, no campo verbal já se designou como Deus, discurso coincidente com a provável presença de ideação delirante de grandeza. Relativamente à atenção focalizada, o André parece, por vezes, não se envolver inteiramente na atividade dada a intrusão de pensamentos ou por distração com algo alheio ao ambiente terapêutico. Ainda assim, observa-se um envolvimento seletivo ao longo de todo o período de sessão. O jovem aparenta tensão e dificuldade em relaxar evidenciando movimentos inabituais e de pequena amplitude.

Objetivos Terapêuticos

O objetivo transversal referente à intervenção psicomotora realizada com o André foi o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica sólida de confiança, que permitisse através dos mediadores utilizados, como por exemplo o desenho, a expressão de sentimentos, desejos e emoções. Inicialmente a expressividade seria promovida no plano não-verbal para progressivamente ser possível atingir com maior amplitude o plano verbal.

A capacidade do indivíduo em criar uma aliança terapêutica, especialmente em casos de esquizofrenia, poderá estar na base do sucesso da intervenção. As terapias expressivas facilitam o processo de comunicação e partilha de sentimentos e fantasias internas, normalmente geradoras de grande sofrimento pessoal (Sadock et al., 2017). Os sintomas como a dificuldade de acesso ao real, a angústia emocional e uma frágil capacidade de interceção aos estímulos exigem que os objetivos traçados sejam modestos e possíveis de atingir. Estes devem focar-se na obtenção de maiores níveis de atenção, aumento da tolerância à frustração, diminuição dos sentimentos de angústia e orientação para o real (Shore & Rush, 2019).

Progressão terapêutica

No próximo tópico serão descritas factualmente todas as sessões de Psicomotricidade com o André, sendo importante mencionar que a língua falada nestas foi o inglês. Após cada uma delas, a estagiária realizará uma reflexão onde expõe a sua visão acerca da relação terapêutica desenvolvida com o jovem, o que sentiu com a interação e a justificação de algumas tomadas de decisão.

Sessão nº. 1

A primeira sessão individual de psicomotricidade com o André ocorreu após 3 meses relativamente ao início do estágio, e depois de 8 meses da sua entrada na Casa de Alba. O *setting* ficou definido para o espaço exterior da Casa de Alba, tendo sido discutido e decidido em conjunto com a restante equipa

clínica, considerando as características⁴ do residente. Escassos minutos antes do horário estabelecido fui ao encontro do André para lembrá-lo que hoje seria a sua primeira sessão individual de psicomotricidade. Dirigi-me a ele na sua língua materna, o que se manteve ao longo das sessões de intervenção. Como estava a jogar às cartas, disse que podia trazer um jogo à sua escolha se assim pretendesse e, assim isto, levou consigo o jogo de cartas “Uno”.

Uma vez no local, comecei por explicar o que iria ser proposto com a realização das sessões individuais. O André manteve-se de pé, não revelou vontade em sentar-se na cadeira que se encontrava ao lado da minha, mostrando-se desconfortável. Decidi mostrar-lhe a folha onde estava redigido o consentimento informado, o André agarrou na folha de modo bastante peculiar, deixando-a esvoaçar enquanto olhava. Neste momento senti uma enorme desconfiança da sua parte, ainda que não tivesse verbalizado o que quer que fosse a respeito da proposta apresentada.

Perante este comportamento, decidi não atribuir mais importância ao consentimento escrito e questioneei-o sobre o que gostaria de fazer nas nossas sessões. Disse que gostava de ter a minha ajuda para aprender a conduzir a carrinha da Casa de Alba. Após ter retorquido e explicado que infelizmente não era algo permitido, perguntei se existia algo mais do seu interesse e que poderíamos pensar ambos em atividades para realizar. Como não obtive resposta, perguntei se gostaria de ir caminhar ou jogar com as cartas que havia trazido consigo.

Posteriormente sentámo-nos na mesa que se encontra debaixo do alpendre⁵ a jogar “Uno”, mais tarde um residente sentou-se também no mesmo local. Apesar de ter referido que queria jogar novamente, após alguns momentos disse querer terminar a sessão, devolvi que não havia qualquer problema. Pedi que pensasse um pouco sobre o que tínhamos conversado inicialmente. Referiu que na semana seguinte me daria uma resposta relativamente à proposta de acompanhamento individual. Por fim, e sem oportunidade para mais diálogo, o André levantou-se da cadeira e entrou dentro de casa.

Reflexão

Considereei interessante a proatividade e disponibilidade do André em levar o jogo consigo para a sessão. Esse tipo de atitudes não costuma ser visível nas sessões de grupo e de certo modo senti que poderia significar alguma disponibilidade e interesse na relação. Por outro lado, confirmaram-se as dificuldades que imaginei encontrar à partida, nomeadamente as diferenças na linguagem e a dificuldade na obtenção da autorização por escrito. Senti alguma frustração nos momentos de desconfiança do André para comigo pois dado a proximidade de idades e o facto de me encontrar no papel de terapeuta, senti receio de não ser encarada como tal, mas sim como “igual”. Ainda que a falta

⁴ Antes de dar início à intervenção com o André, foi indispensável reunir com a restante equipa clínica no sentido de perceber em que moldes esta deveria ocorrer com o maior grau de sucesso e segurança possíveis. À semelhança das sessões de psicoterapia, ficou estabelecido que o *setting* das sessões de psicomotricidade deveria ter lugar no espaço exterior da Casa de Alba, a fim de evitar situações de perigo dado a possível ocorrência de comportamentos agressivos por parte do André. Estes tendem a ocorrer quando o André recusa a terapêutica farmacológica, o que por consequência gera um agravamento dos sintomas. Para além disso, colocou-se em causa uma possível erotização da relação por parte do residente. Assim, foi unânime que a probabilidade de ocorrer tal situação seria reduzida ao evitar que a terapia tivesse lugar em espaços fechados.

⁵ O alpendre encontra-se no exterior com fácil acesso a partir do refeitório e da sala comum da Casa de Alba. Um dos principais aspetos negativos referentes à escolha deste local prende-se com a falta de privacidade, e possibilidade de interrupção, uma vez que pode receber a presença de residentes ou elementos da equipa a qualquer momento. Essas intromissões no ambiente terapêutico parecem levar a situações de instabilidade emocional e posterior quebra na continuidade da sessão dado a interferência não apenas espaço, mas também no ambiente terapêutico.

de experiência possa levar a sentimentos de incapacidade, é importante ter em consideração que os comportamentos de desconfiança são característicos da própria patologia e por vezes, é necessário dar o espaço necessário, respeitando assim o espaço do indivíduo.

Sessão n.º 2

Decidi mais uma vez ir ao encontro do André alguns minutos antes do início da sessão e coloquei-o à vontade para levar um jogo consigo, acrescentando que estaria no pátio à sua espera.

O André seguiu-me nesse momento, sentámo-nos e utilizámos uma outra cadeira a servir de mesa de apoio. Mostrou-me um baralho de cartas que levou para a sessão e disse de imediato qual o jogo que queria jogar. Tentei que se estabelecesse um ambiente de cooperação pois aparentemente o jogo no seu modelo original seria de competição. Dado que não conhecia o jogo, pedi que me explicasse as regras e o funcionamento deste, explicando-lhe ainda que iria precisar da sua ajuda para poder compreendê-lo⁶. Apesar de alguns silêncios, pareceu estar verdadeiramente envolvido na atividade e no ambiente estabelecido. Mesmo com a presença das mútuas dificuldades de compreensão do discurso, foram notórios o esforço realizado de parte-a-parte e a criação de uma dinâmica de entreaajuda.

Cerca de 10 minutos antes do término da sessão preparei o André para tal, referi que por esse motivo teríamos de terminar o jogo e questionei-o acerca da melhor forma para o fazer. Uma vez que estávamos no final, voltei a abordar a questão relativa ao consentimento informado escrito pois ambos tínhamos acordado na semana anterior que o André daria uma resposta definitiva de modo escrito. Sorriu, mantendo-se em silêncio e mais tarde disse “*you are beautiful*” (sic). De modo a não ignorar o que havia sido dito, agradei, contudo não dei continuidade, focando-me no tema anterior.

Percebi que não poderia continuar a insistir e deste modo disse já ter percebido que ainda não tinha pensado verdadeiramente sobre o assunto ao longo da semana. Questionei se desta vez poderia fazê-lo de maneira a poder dar uma resposta. Respondeu afirmativamente.

Antes de abandonarmos o espaço da sessão, pedi que escrevesse o nome do jogo anterior num papel, visto que assim poderia pesquisar as suas regras e adquirir mais conhecimentos sobre este, com o objetivo de podermos jogar novamente mais tarde. Após o fazer, ambos nos dirigimos ao interior da Casa de Alba, terminando assim a sessão.

Reflexão

O facto de o André ter pensado previamente num jogo para a sessão parece demonstrar interesse nesta e na relação. A sessão ocorreu de forma dinâmica, onde foi possível observar um espírito de entreaajuda entre ambos. O André parecia estar bastante confortável e alegre. A sua postura corporal estava mais relaxada comparativamente à sessão passada, consentindo também uma maior proximidade física comigo. A sua expressão facial revelava satisfação e sorriu diversas vezes, ainda que coloque em dúvida se esses sorrisos eram resultantes da nossa interação ou reveladores da

⁶ Para além das dificuldades expectáveis, como a barreira linguística, o discurso do André é muitas vezes difícil de entender quer pela desorganização de pensamento e conteúdo delirante, quer devido à sua articulação ser frequentemente ininteligível (discurso hipofonético).

sintomatologia. Após o elogio do André, senti-me um pouco constrangida e sem saber como reagir, visto a possibilidade de erotização da relação já ter sido discutida e ser um receio presente desde o início. De qualquer modo, e tendo em conta as dificuldades em estabelecer relações interpessoais, acredito que o André encare a minha presença como uma oportunidade para criar uma amizade, sendo esse um dos seus objetivos na Casa de Alba. Após ter abordado o tema da autorização escrita e recebido apenas silêncio por parte do André, percebi que poderia colocar em causa a progressão da relação ou até mesmo a sua quebra e consequente perda de confiança em mim enquanto terapeuta. Decidi dar espaço, novamente, para que o residente não se sentisse pressionado. Foi também entendido que a vinda às sessões de psicomotricidade, sendo que estas tinham um carácter de participação voluntária, e, portanto, não eram obrigatórias nem o André era coagido a participar nas mesmas, manifestava uma anuição à participação.

Sessão n.º 3

Anteriormente ao início de sessão, perguntei ao André se gostaria de fazer alguma atividade em particular, lembrando que podia levar o seu *skate*, respondeu apenas não. Decidi levar 2 bolas que normalmente são utilizadas nas sessões de grupo de psicomotricidade, papel e canetas.

Dirigimo-nos ao alpendre e comecei por justificar ao André a razão de não ter existido sessão na semana anterior, ainda que já tivesse recebido essa informação previamente através de elementos da equipa. Em seguida, questionei se já tinha pensado sobre a continuidade nas sessões de psicomotricidade, inclusivamente, revelei a disponibilidade por parte da psicomotricista da Casa de Alba, bem como do diretor clínico para uma reunião onde poderia haver um esclarecimento mais aprofundado sobre a intervenção. Inicialmente retorquiu sim, contudo, a sua postura alterou-se de imediato ao ficar evidentemente desconfiado, pelo que suspeitei que o André poderia estar a ouvir vozes nesse momento, algo que aparentava acontecer com bastante frequência⁷. Disse com uma postura bastante agressiva que existiam outras pessoas na sala (estando a referir-se, penso eu, ao grupo de psicomotricidade). Logo de seguida referiu que não queria permanecer nas sessões, levantou-se, pontapeou uma das bolas com bastante agressividade e caminhou até às traseiras da Casa de Alba.

Permaneci no mesmo local até completar o horário da sessão, mas o André não regressou. No entanto, manteve-se sempre por perto, circundou várias vezes a casa e por vezes colocava-se escondido atrás das paredes de modo a espreitar o local onde me encontrava.

Reflexão

No final da terceira sessão senti que houve uma rotura total na relação e perda de confiança por parte do André. Contudo, foi possível observar uma alteração repentina no seu comportamento, sendo que

⁷ Desde o início do programa terapêutico na Casa de Alba que o André recusou a terapêutica farmacológica e, portanto, a toma diária dos antipsicóticos não era efetuada de modo a poder controlar os sintomas. Desta forma, considerou-se benéfica a toma mensal do injetável uma vez que a medicação de libertação retardada, sendo administrada através de via intramuscular possibilita que os níveis de antipsicóticos se mantenham com uma maior estabilidade. São uma boa alternativa à medicação regular para indivíduos com riscos de não adesão à terapêutica dado que é realizado com uma frequência bastante inferior (Bhanji, Chouinard & Margoless, 2008 cit. in Descalço & Afonso, 2017; Marder & Cannon, 2019). Ainda assim, os atrasos eram constantes devido à dificuldade do André em aceitar a medicação, queixando-se constantemente de efeitos secundários. Por consequência, a ocorrência de atividade alucinatória parecia ser bastante recorrente.

a rejeição da proposta não ocorreu de imediato, pois inicialmente o André aceitou que se realizasse a reunião. Na fase inicial apresentava uma postura calma e compreensiva, mas algo parece tê-lo deixado agressivo e claramente perturbado. Deste modo, questiono-me se a sua agressividade foi direcionada a mim enquanto terapeuta ou se estaria em causa uma reação perante uma possível atividade alucinatória. De acordo com a investigação realizada pelo autor (Ribeiro, 2012), pessoas com esquizofrenia apresentam uma alta reatividade emocional, tendo as emoções negativas um papel potencialmente ativador e agravante no que respeita à intensidade dos sintomas psicóticos. A postura do André deixou-me receosa dado a agressividade demonstrada ser cada vez maior. Quando se levantou da cadeira e pontapeou a bola, receei a sua reação seguinte, sendo que o foco de ação poderia ser eu. Porém, era essencial permanecer no *setting* de modo que o André percebesse que eu estava disponível para si, caso ele desejasse dar continuidade à sessão.

Sessão n.º 4

O André encontrava-se parado no corredor junto a uma das portas com acesso à zona exterior da casa. Uma vez que já tinha ultrapassado a hora estabelecida e o André não aparecia na zona do *setting*, abordei-o no corredor para o relembrar da sessão. Mostrei-lhe as raquetes de badminton que tinha comigo, disse que estaria no exterior à sua espera e referi que podíamos jogar se quisesse. Quando questioneei se iria, fez um ligeiro aceno com a cabeça dizendo que sim, porém, não estabeleceu qualquer contacto ocular. Reforcei novamente que estaria à sua espera no local habitual.

O André apareceu junto do alpendre cerca de 25 minutos depois da hora estipulada. Entreguei-lhe uma raquete e perguntei como se estava a sentir, ao que responde “ansioso” (sic). Demos início ao jogo e foi possível observar uma significativa lentificação psicomotora, bem como alguma descoordenação óculo-manual. Alguns dos lançamentos realizados por si pareciam conter alguma agressividade implícita. Parou o jogo por diversas vezes, ficando imóvel e fixado a olhar para a zona posterior da casa enquanto exibia sorrisos sem razão aparente ao longo de toda sessão. Quando faltavam 15 minutos para o final, o André perguntou-me se queria fazer uma pausa, então decidimos fazer uma caminhada até ao portão da Casa de Alba. Mantivemo-nos sempre em silêncio ao longo de todo o percurso. A meio deste, deixei cair algo no chão pelo que parei para apanhar, ao aperceber-se de tal, o André parou também e ficou à espera que chegasse até junto de si para continuarmos juntos.

Após chegarmos ao local inicial decidimos dar continuidade ao jogo. Quando referi que teríamos de terminar dado a aproximação do final da sessão, o André decide abandonar o espaço não permitindo a ocorrência do diálogo final.

Reflexão

Apesar do sucedido na sessão anterior, neste momento senti que estávamos de novo em conexão, a evoluir no estabelecimento da aliança terapêutica. Ajuriaguerra descreve o diálogo tónico como a linguagem utilizada pelo corpo que traduz a afetividade e as emoções, construindo assim o “corpo vivido”, resultante das vivências ocorridas a nível corporal. Pode ser considerado a junção das sensações do próprio e do outro que culminam numa relação de sincronia (Martins, 2015). O sincronismo empregue na caminhada e posterior interrupção é representativo desta descrição, onde

dois corpos distintos se movem, mas em união um com o outro numa troca recíproca de escuta e partilha, respeitando o espaço, o ritmo e as pausas da relação. Segundo Nadel e Potier (2002 cit. in Martins, 2015), “o diálogo tónico realiza-se através do duplo aspeto da identificação e da distanciação, ou seja, da continuidade e da separação”.

Considereei o jogo de badminton uma boa proposta de atividade a realizar com o André visto a atividade física ser um dos seus interesses e assim tornar-se também uma oportunidade para desenvolver a relação terapêutica. Para além do principal objetivo prática deste tipo de atividades é fundamental no processo de recuperação das perturbações psicóticas pois promove a aquisição de respostas perante eventos stressantes (estratégias de *coping*). Estas irão apaziguar fatores como a ansiedade e o *stress* que são das principais causas de ampliação dos sintomas na Esquizofrenia (Phillips et al., 2009; Vancampfort et al., 2012).

Sessão n.º 5 - Não compareceu à sessão

O André ia dirigir-se à zona exterior à hora estipulada, nesse momento dirigi-me a si e referi que como estava a chover seria prudente termos a sessão no interior da casa, perguntando que atividade gostaria de realizar. Apesar de não ter expressado qualquer palavra, o André levantou a mão realizando um gesto de rejeição. Posteriormente referiu que iria apenas sentar-se no sofá. Eu disse que iria para a sala também, mas que ficaria sentada na mesa caso quisesse juntar-se a mim e fazer alguma atividade.

Ficou a “dormitar” no sofá a escassos metros de mim, levantando-se para abandonar a sala minutos depois após a horário de término.

Sessão n.º 6

O André chegou 5 minutos atrasado e para esta sessão (no exterior da Casa) levei material de pintura⁸, como folhas brancas A3, pincéis e tintas de variadas cores. Após se ter sentado na cadeira ao meu lado perguntei como se estava a sentir, verbalizou sentir-se bem.

Antes de dar início à atividade, contextualizei-a, referindo ao André que poderia utilizar os materiais para desenhar⁹ algo que estivesse a observar, como a paisagem, algo que gostasse ou que o fizesse sentir bem. Desenhou aproximadamente durante meia hora, fez várias pausas e utilizou praticamente todas as cores disponíveis. Posteriormente referiu que já havia terminado e então perguntei se podia falar um pouco acerca do seu desenho. O André confessou tratar-se de um desenho (ver Figura 1) a 2 dimensões e que este representava o universo. O seu discurso tornou-se desorganizado a partir desse momento, centrando-se sobretudo em temas como a religião, o universo e as suas próprias alucinações, criando ainda ligações entre eles. A título de exemplo, equiparou as suas alucinações com galáxias e que ambas se relacionavam de algum modo com a fé.

⁸ De acordo com Lith (2016), as atividades de arteterapia proporcionam uma sensação de contenção da agressividade na psicose, ao diminuir os sintomas de ansiedade e ao permitir o aumento das capacidades de *coping* (Lith, 2016).

⁹ As autoras Shore e Rush (2019) referem a importância de colocar barreiras no que diz respeito à estimulação quando os próprios não possuem essa mesma consciência e capacidade. É essencial, por isso, focar a arte no que é real. Os autores descrevem que desta forma é possível atingir uma adequação do comportamento no sentido de diminuir os acessos à sintomatologia psicótica, ampliar os períodos de atenção, bem como o diálogo com foco no real.

Questionou-me ainda se acredito na vida depois da morte e se há um local no céu depois desta, mas posteriormente quando perguntei a sua opinião sobre o tema, respondeu com algo fora do contexto. Foi possível notar um aumento da intenção de discurso comparativamente a sessões anteriores. Falou de forma clara e pausada, ainda que com um pensamento e curso de ideias evidentemente desorganizado e de conteúdo delirante. Os períodos de latência após lhe serem colocadas questões verificaram-se significativamente menores. No final da sessão interroguei o André, ao questionar o que é que sentia quando desenhava, disse que desenhar o faz sentir bem e mais calmo. Perguntei se nas sessões seguintes gostaria de continuar a desenhar e se tinha gostado da atividade, afirmou que sim.



Figura 1 – Desenho realizado pelo André na sessão n.º 6

Reflexão

Senti alguma frustração por diversas vezes não conseguir entender o discurso do André, mas também por não conseguir verbalizar e organizar o meu discurso fluentemente na língua dele, visto que ao contrário de outras sessões, a comunicação verbal manteve-se bastante ativa. Há ainda a considerar o facto de a atividade não ter cumprido parte do seu propósito: a promoção do real e a delimitação de barreiras no seu imaginário. O conteúdo do desenho e o discurso incoerente e aparentemente delirante do André evidenciaram a desorganização do pensamento já mencionada¹⁰. Contudo, foi uma sessão com bastante diálogo onde o André expressou as suas ideias e convicções. Tal como referiu, desenhar proporcionou-lhe sensações positivas e de calma, cumprindo-se assim o restante objetivo da atividade.

Sempre que partilhava não conseguir compreender algum conceito ou ideia, o André tentava explicar de um outro modo, revelando assim interesse no diálogo e continuação do tema. Ainda que as duas últimas sessões a que o André compareceu se verificassem fundamentais no desenvolvimento da

¹⁰ A arteterapia permite a promoção da criatividade, da capacidade de resolução de problemas e ainda de autoanálise, contudo para que a terapia surta estes benefícios, o indivíduo deverá ser capaz de manter o foco atencional e a ligação com o real. A fraca noção do real em indivíduos com Esquizofrenia pode conduzir inclusivamente a um aumento da sintomatologia psicótica no decorrer do próprio contexto terapêutico (Shore & Rush, 2019).

aliança terapêutica, o seu comportamento perante as sessões apresentava-se instável e pouco consistente.

Sessão n.º 7

O André já se encontrava no alpendre quando cheguei. Comecei por preparar o *setting*, nomeadamente, colocar os materiais de pintura no local e, entretanto, aproximou-se. Após se sentar, perguntei como se estava a sentir, mas infelizmente o discurso foi impercetível.

Deu início ao seu desenho e no centro deste era possível ler a palavra “*Nitzsche*”. Aproximadamente 15 minutos mais tarde disse que já tinha terminado. Questionei se não se importava de falar acerca do desenho, mas não foi possível perceber o que disse relativamente a este. O seu discurso revelou um curso de ideias desorganizado, falando acerca do seu irmão e do seu país de origem. De modo a conseguir retornar a atenção para o desenho, tentei que o André falasse um pouco mais sobre este, mas sem sucesso.

De seguida perguntou-me o que é que gostaria que ele desenhasse, ao que voltei a referir o mesmo que na sessão anterior. Respondeu apenas “ok” (sic), levantou-se de imediato pois disse já ter terminado o seu desenho e saiu. Cerca de 10 a 15 minutos mais tarde, o André voltou e começou a desenhar de pé, novamente no mesmo papel, então referi que podia sentar-se ao meu lado se assim quisesse e podia dar-lhe uma outra folha. Sentou-se e a nova pintura parecia ter a intenção de tornar impercetível o nome anteriormente escrito. Perguntei ao André o que sentia no seu corpo quando desenhava e depois de algum silêncio, disse sentir apatia.

Fez mais alguns traços na folha e, entretanto, disse não estar no *mood*, dizendo de seguida algo que não compreendi. Nesse momento senti que o André não queria continuar a falar, então ficámos sentados lado a lado em silêncio, baixando posteriormente a cabeça sobre os seus braços.

Um outro residente aproximou-se do local e aumentou bastante o volume da música que estava a ouvir, e antes que fosse possível intervir, o André levantou-se repentinamente dirigindo-se para o interior da casa. Pedi ao residente que colocasse a música um pouco mais baixo e se não se importava de se afastar um pouco. Mais tarde o André regressa, enquanto me encontrava a arrumar os materiais pois já tinha terminado o horário da sessão. Expliquei-lhe o sucedido e que a sessão tinha acabado, perguntei como se estava a sentir e se gostaria de ficar com o seu desenho. O André parece ter compreendido, respondeu estar a sentir-se bem e consentiu relativamente a ficar com o desenho para si.

Reflexão

Apesar da aparente desorganização, discurso incoerente e ausências da sessão, encarei todos os regressos a esta como tentativas de “reconciliação/reaproximação” para comigo. Na primeira ausência, considero que o André tivesse intenção de tornar o seu desenho e o nome escrito nele impercetíveis, daí ter rabiscado por cima deste. Mas de seguida, sentiu-se confortável para permanecer ao meu lado, simplesmente a partilhar o silêncio. A chegada do residente a escassos metros de nós e principalmente a música foram perturbadores para si, porém quando se apercebeu da sua ausência, voltou para o *setting*. Decidi deixar o André à vontade para ficar com o seu desenho por ter entendido que havia algo

nele que não pretendia partilhar¹¹, ainda que não tivesse oportunidade de o questionar nesse sentido. Dadas as reaproximações, tentativas de contacto e interesse na sessão, parecem existir finalmente progressos visíveis na relação com o André.

Sessão n.º 8 - Não compareceu à sessão

Encontrei o André no refeitório quando faltavam apenas 2 ou 3 minutos para o início da sessão, referi assim como é habitual que estaria no exterior à sua espera. O André levantou a mão em jeito de interceção e disse “*it’s ok*” (sic).

Com um atraso de 20 minutos, apareceu bastante sorridente e sentou-se no cadeirão que se encontrava a cerca de 3 metros do local onde eu estava à sua espera. Alguns minutos depois decidi perguntar-lhe se não queria juntar-se a mim para a sessão de Psicomotricidade. O André não respondeu ou realizou qualquer tipo de contacto.

Sessão n.º 9 - Não compareceu à sessão

O André encontrava-se próximo do *setting* na hora estipulada, contudo não se dirigiu até este. Questionei se iria comparecer à sessão e rapidamente respondeu que não. Decidi questionar se queria continuar com as sessões individuais, uma vez que também já tinha faltado na semana anterior e a sua participação se apresentava muito pouco consistente. Como respondeu que queria parar, perguntei se podia questionar qual era o seu motivo, ao que retribuiu que podia fazer sozinho aquilo que realizava na sessão. Salientei que aquele era um espaço destinado a si e onde podemos explorar os seus sentimentos e pensamentos, e que isso podia ser realizado por exemplo através da pintura ou outras atividades do seu interesse. Ainda assim, respondeu que queria parar com as sessões. Tendo em conta o sucedido, decidi não permanecer no *setting* durante o restante período de sessão, ao contrário¹² do sucedido noutras sessões anteriores.

Último encontro com o André

Tomei conhecimento através de um elemento da equipa clínica que nos dias seguintes à sessão anterior tentaram conversar com o André acerca do possível *dropout* das sessões individuais de psicomotricidade. A sua posição manteve-se no sentido de abandonar¹³ a intervenção. Assim, decidi falar novamente com o André no horário da sessão, com o objetivo de dar a entender que se era

¹¹ Deco (1998 cit. in Shore & Rush, 2019) denotou que a relação estabelecida com o terapeuta, visto ser uma pessoa real, por sua vez é também a representação e ligação constante à realidade. Designando a arte como um processo relacional que estabelece o contacto entre o sujeito com os outros e com o ambiente real. Todavia, deve ter-se em consideração o nível de ligação estabelecido pois o grau de aceitação por parte de indivíduos com Esquizofrenia no que concerne às relações interpessoais é bastante incerto. Os cuidados devem ainda ser redobrados na presença de indivíduos que se encontrem num estado de fragilidade acrescida (Descalço & Afonso, 2017).

¹² Faz parte do modelo da Casa de Alba respeitar e seguir ao máximo as vontades e decisões próprias dos residentes, desde que estas não coloquem em risco a sua própria segurança ou a segurança da Comunidade Terapêutica. Tendo em conta que o André verbalizou expressamente a sua vontade de não dar continuidade às sessões de Psicomotricidade, então teria de aceitar e respeitar a sua decisão. Desta forma, o André teria também de lidar com as consequências da sua própria escolha.

¹³ É importante realçar que o André já se encontrava há algum tempo com a medicação em atraso visto rejeitar por diversas vezes a administração do injetável. Sempre que a recusa ao tratamento se verificava, o André ficava mais desorganizado e paranoico, desconfiado para com os outros, e apresentava uma postura sugestível de atividade alucinatória, com comportamentos bizarros. Quando estão presentes sintomas psicóticos e/ou dificuldades de ordem cognitiva, o discernimento do indivíduo fica fragilizado, tal como a sua capacidade de planeamento e ação (Descalço & Afonso, 2017). No presente dia, acompanhei o André ao hospital e aceitou, por fim, a administração da medicação.

efetivamente a sua vontade seria o fim, mas caso voltasse atrás na sua decisão, eu estaria disponível para continuar as sessões, voltando a questionar se era essa a sua intenção. Após ter consentido, confessei ao André que tinha pena pela sua desistência das sessões individuais. No entanto, a última palavra e consequente decisão seriam suas e, portanto, eu iria aceitar a sua escolha sem qualquer entrave.

Conclusões

Considerando o curto tempo da Intervenção Psicomotora efetuada, assim como a instabilidade comportamental demonstrada por parte do André no que diz respeito à comparência nas sessões e postura perante a terapia, não foram observadas alterações relevantes no quadro clínico do André.

Assim como foi referido anteriormente, o André esteve longos períodos com a administração da medicação antipsicótica em atraso por recusa do próprio, o que consequentemente levou a que o André apresentasse um comportamento mais desorganizado, desconfiado e aparentemente com uma maior atividade alucinatória. A junção dos vários fatores poderá ter contribuído para um aumento das dificuldades de discernimento, maior agressividade e instabilidade emocional.

Para perceber com maior amplitude os efeitos da intervenção realizada com recurso aos mediadores artístico-expressivos seria importante dar continuidade às sessões por um período mais alargado, mas verificar-se a presença de um quadro clínico minimamente estável. O suporte da terapêutica farmacológica é imprescindível de forma a poder conter a recorrente sintomatologia psicótica.

Contudo, o André compareceu a várias sessões revelando em diversos momentos interesse na terapia e no estabelecimento da relação terapêutica.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2ªed.). Heures de France: Paris.
- Aucouturier, B. (2007). *Fantasmas de Ação e Prática Psicomotora*. São Paulo, Brasil: Ideias & Letras.
- Borelli, C., & Solari, H. (2019). Schizophrenia. *JAMA*, 322(13), 1322. Doi: 10.1001/jama.2019.11073.
- Camps Llauredó, C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Intereuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 62(22,2), 123–154.
- Capizzi, A., Woo, J., & Verduzco-Gutierrez, M. (2020). Traumatic Brain Injury. *Medical Clinics of North America*, 104(2), 213–238. Doi: 10.1016/j.mcna.2019.11.001.
- Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., Chang, Y., O'Brien, A., & Chou, K. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2187–2196. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- Descalço, N., & Afonso, P. (2017). Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia – uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 3(1), 25–36.
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Fransen, E., de Hert, M., Baeken, C., Audenaert, K., & Sabbe, B. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(4), 256–265. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x.
- Graham-Schmidt, K., Martin-Iverson, M., Holmes, N., & Waters, F. (2016). Body representations in schizophrenia: an alteration of body structural description is common to people with schizophrenia while alterations of body

- image worsen with passivity symptoms. *Cognitive Neuropsychiatry*, 21(4), 354–368. Doi:10.1080/13546805.2016.1231111.
- Harris, B., & Panozzo, G. (2018). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104–111. Doi: 10.1016/j.apnu.2018.08.003.
- Heynen, E., Roest, J., Willemars, G., & van Hooren, S. (2017). Therapeutic alliance is a factor of change in arts therapies and psychomotor therapy with adults who have mental health problems. *Arts in Psychotherapy*, 55, 111–115. Doi: 10.1016/j.aip.2017.05.006.
- Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9–22. Doi: 10.1016/j.aip.2015.09.003.
- Marder, S., & Cannon, T. (2019). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1753–1761. Doi: 10.1056/NEJMra1808803.
- Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação O Diálogo Tónico-Emocional no Nascimento da Vida. *Psilogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 13(6), 34–43.
- Morrens, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1038–1053. Doi: 10.1093/schbul/sbl051.
- National Institute of Mental Health. (2017). *Schizophrenia* (pp. 1–6).
- Phillips, L., Francey, S., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(4), 371–410. Doi: 10.1080/10615800902811065.
- Ribeiro, J. (2012). As Emoções Comandam a Psicose? *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 10(2), 37–56.
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(4), 483–491. Doi: 10.1080/09638230701483111.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (11a). Artmed.
- Silva, I., & Gonçalves, C. (2016). Os Efeitos Do Divórcio Na Criança. *Psicologia.Pt- O Portal Dos Psicólogos*, 1–14. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1042.pdf>.
- Shore, A., & Rush, S. (2019). Finding clarity in chaos: Art therapy lessons from a psychiatric Hospital. *The Arts in Psychotherapy*, 66(101575), 1–14. Doi: 10.1016/j.aip.2019.101575.
- Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe, T., Probst, M., de Herdt, A., Knapen, J., & de Hert, M. (2013). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 291–298. Doi: 10.1177/0269215512455531.
- Wanderley, S. (2008). *Transferencia y contratransferencia en Psicomotricidad Relacional y Análisis Corporal de la Relación*. 8(4).

V. Conclusão

Dou início a este capítulo de conclusões, mas sobretudo de reflexão, na tentativa de explicar a escolha da Casa de Alba como local de estágio, instituição que me acolheu durante sete intensos meses. A vertente que realmente me apaixonou e com a qual mais me identifico a nível profissional é a área da saúde mental. Na verdade, esta escolha surgiu numa fase muito precoce com a intenção de me desafiar a mim mesma e dar a possibilidade de fugir da minha zona de conforto. Já havia tido uma experiência anterior que me proporcionou o acompanhamento de várias crianças em ambiente clínico, pelo que, desta vez, decidi optar por conhecer um pouco melhor o mundo dos adultos no contexto psiquiátrico, completando assim todo o espectro etário da saúde mental. A Fundação Romão de Sousa, mais concretamente o projeto clínico Casa de Alba, já era o do meu conhecimento dado a minha presença no primeiro Congresso Internacional de Saúde Mental organizado pela Fundação nos anos antecedentes. Fiquei bastante curiosa acerca do modelo clínico seguido, o mesmo me pareceu conter linhas “revolucionárias” no seu conceito de prática psiquiátrica comparativamente ao que é inquestionavelmente executado no nosso país.

No que à prática psicomotora diz respeito, desde outubro de 2018 até janeiro de 2019 tive a oportunidade de realizar observações participadas nas sessões de psicomotricidade dinamizadas pela psicomotricista (orientadora local). Contudo, as sessões eram planeadas previamente por ambas, permitindo assim desenvolver uma maior capacidade analítica, de gestão e visão clínica sobre os casos. Mais tarde fiquei como principal dinamizadora do grupo e iniciei o acompanhamento individual dos dois estudos de caso. Ainda que todos os momentos com os residentes tenham sido uma partilha mútua e me tenham possibilitado uma enorme aprendizagem, nem sempre foram fáceis de gerir, principalmente devido à imprevisibilidade e inconstância no que diz respeito à assiduidade dos residentes no grupo. Várias sessões foram canceladas por não haver qualquer comparência, o que impossibilitou o seguimento dos planeamentos, bem como as atividades estruturadas de modo a gerar progressão entre si. Toda esta imprevisibilidade provocou não só um grande sentimento de frustração, como obrigou ao desenvolvimento da capacidade de adaptação e resiliência que me permitiram contornar as adversidades.

O apoio fornecido quer pelas orientadoras da Universidade de Évora, quer pela orientadora local, foi crucial no meu desempenho ao longo de todo o período de estágio. Houve total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e as reuniões de orientação proporcionaram inúmeros momentos de discussão, de *feedback*, de partilha de experiências e conhecimentos e muitas vezes, traduziram-se em verdadeiras injeções de força e confiança. É importante ainda referir o excelente auxílio prestado por toda a equipa multidisciplinar da Casa de Alba, que possui profissionais fantásticos sempre dispostos a dar conselhos e conforto nas horas mais difíceis, proporcionando um verdadeiro ambiente empático e de entreaajuda.

Uma vez que a Casa de Alba é uma Comunidade Terapêutica, o seu modelo de internamento psiquiátrico é bastante díspar do habitual, tal como já foi referido anteriormente. Foi uma experiência bastante enriquecedora poder ter contacto com um contexto tão diferente quando comparada a outras instituições psiquiátricas. No seio da Comunidade não se verbaliza a palavra doente ou doença mental,

as pessoas são encaradas de forma holística, detentoras de competências e dificuldades como qualquer ser humano. Predomina o ambiente terapêutico e a relação, pelo que não se preconiza o modelo onde vigora a autoridade do técnico sobre o paciente. Os residentes são responsáveis por si e pelas suas ações e desta forma possuem liberdade, direitos e deveres dentro da Comunidade, inclusivamente no que diz à respeito à medicação. Cada pessoa tem direito à sua vontade e como tal, esta deve ser respeitada. Pretende-se que todas as pessoas tenham um papel ativo e realizem as atividades de vida diária, dentro das suas capacidades e com o apoio dos técnicos sempre que necessário, com o objetivo de atingir a maior grau de autonomia e funcionalidade possíveis.

Tendo em conta a importância do grupo tal como tem vindo a ser reforçado, o trabalho realizado dentro da Comunidade é, por isso, essencialmente efetuado a nível grupal e pela mesma razão, são poucas as terapias individuais existentes. Contudo, a terapia vai além das quatro paredes que compõem um gabinete, pois a convivência com os residentes e as atividades partilhadas com eles têm continuidade no minuto seguinte ao término da sessão. O psicomotricista tem um papel fundamental enquanto profissional integrante desta equipa multidisciplinar. Nas diversas tarefas, existe um cuidado e análise superiores no que concerne ao planeamento, sequencialização e ação motora, por exemplo. O incentivo do *autofeedback*, do autoquestionamento também assumem uma enorme relevância, bem como a demonstração e imitação dos movimentos por tarefa. Assim, e uma vez que o trabalho terapêutico não se restringe apenas às sessões de terapia propriamente dita, um dia passado na Comunidade poderá ser extremamente exigente e desgastante nos diversos níveis: cognitivo, físico e sobretudo, emocional. Ao passar as portas da Casa de Alba é absolutamente fulcral saber separar o “eu” terapeuta, do “eu” indivíduo, capacidade essa que nem sempre esteve ao meu alcance. Contudo, são também essas vivências e essas sensações que dão continuidade ao nosso processo de amadurecimento enquanto pessoa e profissional.

Se por um lado são os residentes que em tantos momentos nos provocam sentimentos de dúvida e incompreensão dado a transcendência, quer dos seus pensamentos, quer das suas ações, são também eles que têm a capacidade de nos encher o coração com as demonstrações de carinho mais peculiares e verdadeiras. Profissionalmente, este estágio trouxe-me algumas das situações mais marcantes e caricatas que já vivenciei até hoje como psicomotricista. Permitiu a integração de conhecimentos adquiridos ao longo dos períodos letivos e estimulou em grande escala a minha capacidade de ação e reação em contexto clínico. Ao deparar-me com as minhas fragilidades fui obrigada a consciencializá-las, e foi graças a esses pequenos confrontos que hoje me considero uma profissional mais completa, mais autónoma, com um olhar clínico mais atento e capaz de reagir mais espontaneamente ao imprevisto.

Foi uma longa jornada, durante a qual tantas dificuldades senti para expressar tudo o que vivenciei por palavras. Agradeço a cada membro da equipa clínica, a cada técnico, e a cada residente da Comunidade que tive o privilégio de conhecer e partilhar, por vezes, só o silêncio. Na certeza de que todos eles me ensinaram mais do que imaginam.

Todos e cada um.

VI. Referências Bibliográficas

- Aas, I. (2011). Guidelines for Rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*, 10(1), 1-11. Doi: 10.1186/1744-859X-10-2.
- Barlow, K. (2013). Traumatic Brain Injury. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 112, pp. 891–904). Elsevier B. Doi: 10.1016/B978-0-444-52910-7.00011-8.
- Capizzi, A., Woo, J., & Verduzco-Gutierrez, M. (2020). Traumatic Brain Injury. *Medical Clinics of North America*, 104(2), 213–238. Doi: 10.1016/j.mcna.2019.11.001.
- Casa de Alba. (s.d.). *Terapêutica*. Obtido de: casadealba.net/terapeutica.
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório. *Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.
- Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., Chang, Y., O'Brien, A., & Chou, K. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2187–2196. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 80, 117–143. Doi: 10.7458/SPP2016807850.
- Davies, P., Ijaz, S., Williams, C., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2019). Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1–108. Doi: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.
- Decreto-Lei n.º 22/2011. (10 de fevereiro de 2011). Diário da República n.º 29/2011 – 1ª Série. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei n.º 304/2009. (22 de outubro de 2009). *Diário da República n.º 205/2009 – 1ª Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Portugal. Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Everly, G., & Lating, J. (2019). Neuromuscular Relaxation. In *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response* (Issue 1974, pp. 331–351). Springer New York. Doi: 10.1007/978-1-4939-9098-6_16.
- ExLibris. (2014). Uma Casa onde se (trans)formam “vidas com sentido.” *Jornal Público*, 2.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (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. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fundação Romão de Sousa. (2013). *Doc Pt-V2: Projecto Terapêutico da Casa de Alba*. Documento Interno.

- Furlan, P., Rosa, M., Moncalvo, M., Bernardi, M., Rovelli, G., Picci, R., Zampaglione, C., Turim, D., & Furlan, M. (2012). Terapias Expressivas: Teatro. *Journal of Nursing and Health*, 2, 169–174.
- Goldstein, K., & Scheerer, M. (1941). Abstract and concrete behavior an experimental study with special tests. *Psychological Monographs*, 53(2), 1–10. Doi: 10.1037/h0093487.
- Arantes Gonçalves, F. (2017). *Freud e a Neuropsicanálise das Memórias Emocionais*. Climepsi Editores.
- Grandhi, R., Tavakoli, S., Ortega, C., & Simmonds, M. (2017). A review of chronic pain and cognitive, mood, and motor dysfunction following mild traumatic brain injury: Complex, comorbid, and/or overlapping conditions? *Brain Sciences*, 7(12), 7–14. <https://doi.org/10.3390/brainsci7120160>.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., 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.
- Guiose, M. (2004). Relaxation Psychomotrice. *Faculté de Medecine: Université Pierre et Marie Curie*.
- Jacobson, E. (1987). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100(3/4), 522. Doi: 10.2307/1422693.
- Jornal Público. (2014). *Uma Casa onde se (trans)formam "vidas com sentido"*. Suplemento ExLibris, 2.
- Lei n.º 36/98. (24 de julho de 1998). *Diário da República n.º 169/1998 - 1ª Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Lugo, Z., Pokorny, C., Pellas, F., Noirhomme, Q., Laureys, S., Müller-Putz, G., & Kübler, A. (2019). Mental imagery for brain-computer interface control and communication in non-responsive individuals. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2018, 1–7. Doi: 10.1016/j.rehab.2019.02.005.
- Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy*, 21(3), 125–135. Doi: 10.1080/07421656.2004.10129496.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Terapêutica no Contexto da Saúde Mental - O Corpo como Ponte entre a Emoção e a Razão. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95–108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29–40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação O Diálogo Tónico-Emocional no Nascimento da Vida. *Psilogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 13(6), 34–43.

- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Melo, M. (2014). *Intervenção Psicomotora em Saúde Mental de Adultos em Contexto Hospitalar - Hospital de Egas Moniz. Relatório de Estágio*. (dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*, 1–88.
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLoS ONE*, 9(11), 1–11. Doi: 10.1371/journal.pone.0112348.
- Naglieri, J. (1988). *Draw a Person [DAP]: A Quantitative Scoring System*. Psychological Corporation.
- Neisworth, J., & Butler, R. (1990). Book Review: Draw a Person. A quantitative scoring system. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 8(2), 190-194.
- Ngwenya, L., & Danzer, S. (2019). Impact of Traumatic Brain Injury on Neurogenesis. *Frontiers in Neuroscience*, 12(1014), 1–8. Doi: 10.3389/fnins.2018.01014.
- Oliveira, J., & Crepaldi, M. (2018). Relação entre o pai e os filhos após o divórcio: revisão integrativa da literatura. *Actualidades En Psicología*, 32(124), 91–109. Doi: 10.15517/ap.v32i124.29021.
- Pavlovic, D., Pekic, S., Stojanovic, M., & Popovic, V. (2019). Traumatic brain injury: neuropathological, neurocognitive and neurobehavioral sequelae. *Pituitary*, 22(3), 270–282. Doi: 10.1007/s11102-019-00957-9.
- Pervez, M., Kitagawa, R., & Chang, T. (2018). Definition of Traumatic Brain Injury, Neurosurgery, Trauma Orthopedics, Neuroimaging, Psychology, and Psychiatry in Mild Traumatic Brain Injury. *Neuroimaging Clinics of North America*, 28(1), 1–13. Doi: 10.1016/j.nic.2017.09.010.
- Pereira, J. (2015). An Integrative-Relational Framework of Intervention at Casa de Alba - Therapeutic Community for Severe Mental Health. *The British Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 37–52.
- Pereira, J., & Romão de Sousa, J. (2014). Casa de Alba: Therapeutic community for severe mental health problems. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(1), 61-68. Doi: 10.1080/13642537.2013.879331.
- Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. In *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation* (pp. 26–47). InTech. Doi: 10.5772/intechopen.68315.
- 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. Doi: 10.2174/1876391x010020010105.

- Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM]. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ramakrishnan, M., & Chandran, K. (2015). The Effects of Progressive Muscular Relaxation Exercise among Geriatric Patients with Psychiatric Illness. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 4(1), 963–966.
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(4), 483–491. Doi: 10.1080/09638230701483111.
- Sadigh, M., (2015). Traumatismes Crâniens. In F. Giromini, M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), Manuel d'enseignement de psychomotricité: clinique et thérapeutiques (pp.279-292). Paris: De Boeck-Solal.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (11a). Artmed.
- Salas, C., Vaughan, F., Shanker, S., & Turnbull, O. (2013). Stuck in a Moment: Concreteness and Psychotherapy After Acquired Brain Injury. *Journal of Neuro-Disability & Psychotherapy*, 1(1), 1–38.
- Santos, S., & Morato, P. (2008). Dificuldades intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 7–14.
- Schachar, R., Park, L., & Dennis, M. (2015). Mental health implications of traumatic brain injury (TBI) in children and youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 100–108.
- Silva, I., & Gonçalves, C. (2016). Os Efeitos Do Divórcio Na Criança. *Psicologia. PT- O Portal Dos Psicólogos*, 1–14. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1042.pdf>.
- Stéfan, A., & Mathé, J. (2016). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury? A systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(1), 5–17. Doi: 10.1016/j.rehab.2015.11.002.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of Coma and Impaired Consciousness. *The Lancet*, 304 (7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0).
- Turnbull, O., & Solms, M. (2004). Depth Psychological Consequences of Brain Damage. In *Textbook of Biological Psychiatry* (Vol. 65, Issue 8, pp. 571–591). Doi: 10.4088/jcp.v65n0819d.
- 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. Doi: 10.1123/apaq.6.2.145.
- Van Damme, T. (2018). Relaxation therapy. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry E-Book: a scientific and clinical based approach*, pp. 80-85.

- Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe, T., Probst, M., de Herdt, A., Knapen, J., & de Hert, M. (2013). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 291–298. Doi: 10.1177/0269215512455531.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., de Hert, M., Carvalho, A., & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308–315. Doi: 10.1002/wps.20458.
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de Relaxação. In *International Seminar: Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress* (pp. 52–66). APEL.
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. (2008). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Revista Subjetividades*, 8(1), 139-170.
- Wongvatuny, S., & Porter, E. (2005). Mothers experience of helping young adults with traumatic brain injury. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 48–56. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00015.x.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 1-45.

Anexos

Anexo I – Estudo de Caso I – Exemplo de um Relatório de Sessão Terapêutica

8.^a Sessão individual de Psicomotricidade - José

Local: Sala de terapias da Casa de Alba

Data: 12 de março de 2019

O José chegou cerca de 15 minutos atrasado à sessão. Foi necessário um elemento da equipa clínica lembrá-lo da existência desta e que já se encontrava atrasado. Referiu no diálogo inicial sentir-se bem e que sentia igualmente bem o seu corpo.

Na atividade “representar o dia-a-dia” pretendeu-se que o José se recordasse das rotinas a realizar após acordar, como realizar a sua higiene e alimentação. Foram observadas algumas dificuldades ao nível da memória, repetindo por vezes etapas que já tinham sido realizadas anteriormente. Notou-se ainda uma certa incapacidade de aceder ao simbólico, ao dizer, por exemplo, que não tinha nenhum chuveiro perto de si aquando da etapa representativa do duche e, que por esse motivo, não conseguia tomar banho. Foi possível induzir várias experiências sensoriais, bem como o próprio toque e estimular a memória principalmente no que respeita às atividades de vida diária.

Em “escutar e representar a música”, o José voltou a referir, como já tinha sucedido em sessões anteriores a esta, que os traços desenhados se assemelhavam a batidas do coração. Referi que era importante focar-se no ritmo da música e que em seguida permitisse o seu braço fluir no papel. Após ter sido solicitado que movimentasse o seu corpo ao ritmo da música, o José permaneceu parado enquanto olhava para mim para posteriormente imitar os meus movimentos, revelando novamente dificuldades ao nível da expressividade corporal. O residente pareceu um pouco ausente desta atividade, provavelmente por não se sentir confortável em expressar-se de modo mais expansivo.

O José tem demonstrado progressivamente um maior acesso à passividade, com claras evidências e sinais corporais de ter alcançado o estado de relaxação. Permaneceu durante longos períodos de olhos fechados, aparenta conseguir “desligar” melhor o seu corpo, o que pode revelar uma diminuição do estado de alerta, e por fim verbalizou “estou a ficar com sono” (sic). A relaxação foi interrompida devido à ocorrência de uma reunião de emergência, por esse mesmo motivo não foi possível realizar o diálogo final.

Anexo II – Estudo de Caso I – Exemplo de um Planeamento de Sessão Terapêutica

Participante: José	Data: 12/03/2019	Local: Sala de Terapias da Casa de Alba	Terapeuta: Cláudia Rodrigues
Detalhes da Sessão n.º 8	Objetivos Gerais: - Aumentar a consciencialização corporal; - Regularizar o tónus; - Promover a regulação tónico emocional; - Estimular as funções executivas; - Promover o sentido de identidade; - Aumentar a autoestima; - Fomentar a autonomia; - Promover a mentalização.	Estratégias Terapêuticas: - Fornecer pouca informação por atividade; - Respeitar o ritmo individual do José; - Utilizar a demonstração; - Adequar a relaxação tendo em conta as particularidades do José; - Utilizar uma linguagem clara e simples; - Valorizar a capacidade de iniciativa.	Duração: 45 minutos

Fase	Atividade	Objetivos Específicos	Material	Duração
Inicial	<i>Diálogo inicial:</i> Após a entrada na sala de terapias e a retirada dos sapatos, a terapeuta e o residente sentam-se confortavelmente. A terapeuta pode colocar várias questões: “Como se está a sentir?”; “Como sente o seu corpo hoje?”.	- Estimular a capacidade de reflexão pessoal; - Potenciar a consciencialização do estado emocional e sensações corporais; - Promover o diálogo e partilha de emoções.	- Colchão	5'
	<i>Focar na respiração:</i> A terapeuta solicita ao residente que a acompanhe e realize respirações profundas enquanto se foca no processo de inspiração e expiração.	- Aumentar a consciência do ciclo respiratório; - Diminuição dos estados de ansiedade; - Promover o controlo da respiração.	- Colchão	3'
Fundamental	<i>Representar o dia-a-dia:</i> Com apoio da terapeuta, o residente deverá nomear os diferentes momentos que constituem a rotina diária e com o seu corpo representar cada situação. Exemplo: tomar duche.	- Estimular a memória de longo prazo; - Potenciar as competências de planeamento de tarefas;	-	5'
	<i>Escutar e representar a música:</i> É colocada uma música à escolha do residente. Enquanto ouve, deve transcrever para o papel o movimento que a música transmite no seu corpo. De seguida deverá realizar esses movimentos livremente.	- Recordar memórias anteriores ao acidente e áreas do seu interesse; - Aumentar a fluidez do movimento;	- Folha de papel - Lápis	17'
Retorno à Calma	<i>Relaxação progressiva:</i> É pedido ao residente que se coloque na posição mais confortável, e se pretender, poderá fechar os olhos. De seguida pede-se que realize contrações, seguidas de descontrações, dos diferentes grandes grupos musculares.	- Promover o acesso à passividade; - Promover a consciencialização do corpo; - Melhorar a capacidade de perceção de estados de tensão/ relaxação; - Promover sensações de calma e descontração.	- Colchão	10'
Final	<i>Diálogo final:</i> O residente e a terapeuta conversam acerca da sessão, o residente é novamente questionado sobre o que está a sentir e qual a atividade que mais gostou.	- Estimular a partilha de sensações e emoções; - Melhorar a capacidade de comunicação;	- Colchão	5'